

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

FECHA: Loricá, 10 de Febrero de 2014

DE: CONTROL INTERNO

PARA: GERENCIA

ASUNTO: INFORME DE PLAN OPERATIVO DE ENERO A DICIEMBRE

Teniendo en cuenta la resolución 0216 de 2013, la cual estipula que se realizara un informe general de la gestión del 2013, que comprende los meses de Enero a Diciembre, me permito presentar el cumplimiento de cada área realizando una respectiva verificación de la información

La revisión se concertó con cada unos de los responsables del proceso y áreas. Quedando de la siguiente manera:

En de la oficina de control interno tiene un porcentaje de cumplimiento del 104.6%, es de anotar que el plan de auditorías se realizo haciendo auditorias especiales designadas por la gerencia

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	REVISION DEL CUMPLIMIENTO POR CONTROL INTERNO
Actualizar el comité Coordinador de CI	Comité actualizado		3/3=1	1*100=100% NIVEL ALCANZADO/ META PROPUESTA 100% / 100% = 1*100%= 100%	Acta de reunión Comité Coordinador Control Interno	100%
Capacitación sobre el tema de control interno y la cultura de auto control	80% de las capacitaciones programadas.	No de capacitaciones cumplidas/No de capacitaciones programadas	1/1=1	1*100=100% 100/80*100=124%	Listado de personas capacitadas	124%
Evaluación y seguimiento a los mapas de riesgos	80% en la evaluación de los mapas de riesgo	Mapas de riesgos construidos /mapas de riesgos evaluados	9/12	.075*100=7.5% 7.5/80*100=93.7	Mapa riesgo	93.7%
Realizar y ejecutar Plan de auditorías internas y seguimiento a los planes de mejoramiento	80% de cumplimiento del plan de auditorias	No de auditorías programadas realizadas/No realizadas	6/6=1	1*100=100% NIVEL ALCANZADO/ META PROPUESTA	Informes de auditorias especiales ordenadas por gerencia	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Evaluación de los POAs de las distintas áreas y el plan de anticorrupción	Seguimiento trimestral de un 80% de los POAs y el plan de anticorrupción	No de actividades plan anticorrupción /plan anticorrupción total	14/18=0.777*100=77.7% Plan de anticorrupción y la evaluación de poas 100%	77.7+100 =177.7/2 =88.5 NIVEL ALCANSADO / META PROPUESTA 88.5%/80%*100=110%	Informa ZAR ANTICORRUPCIÓN Informe de evaluación de poas	110%
Presentación de informes a los distintos entes que lo solicitan	Entrega de los informes en un 100% y oportunamente.	No de informes entregados oportunamente/ No de informes solicitados	Todos los informes requeridos	1*100=100% NIVEL ALCANZADO/ META PROPUESTA 100% / 100% = 1*100%= 100%	INFORMES: 2193 Contraloría Dptal Zar Anticorrupción Dane Superintendencia de salud Contaduría Nacional	100%

En el área de calidad se verificó las actividades y el área alcanzó un porcentaje de cumplimiento de 96.7%, se observa que la actividad tercera se quedó con un cromático amarillo

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Seguimiento de indicadores de calidad	Lograr en un 100% la obtención y reporte de la información	Nº indicadores reportados oportunamente/Nº de indicadores existentes	41/41=1 1*100=100	NIVEL CUMPLIDO /NIVEL DE LA META 100/100=1*100=100%	Oficios de entrega de indicadores a Gerencia, Área contable y soporte de envíos a SUPERSALUD y de Decreto 2193	100%
Realizar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	cumplir con el 90% de las actividades del PAMEC	Nº de actividades programadas realizadas/ Nº actividades programadas	6/7= 0.85 0.85*100=85%	NIVEL CUMPLIDO /NIVEL DE LA META 85/90=0.94 *100= 94%	Actas de reuniones programadas ejecutadas	94%
Seguimiento a Riesgo	Gestión y colaboración en 90% de los eventos adversos	Nº eventos adversos detectados y gestionados/ Nº eventos adversos detectados	26/34= 0.76 0.76*100= 76%	NIVEL CUMPLIDO /NIVEL DE LA META 76/90=0.81*100= 84%	Planillas de reporte de eventos adversos por servicio y planes de mejoramiento	84%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Seguimiento a estándares de Habilitación	Gestionar las actividades planeadas en los planes de mejoramiento con el fin de cumplir con los estándares de habilitación	Nº actividades planeadas realizadas/ Nº actividades planeadas	31/33= 0.93 0.93*100=93%	93%	Informe autoevaluación	93%
Acompañamiento en la implementación del componente de acreditación y mejoramiento de la calidad	Aumentar el 20% de la calificación obtenida Realizar acompañamiento en las actividades de los grupos de estándares de acreditación en un 90%	Agregar indicador de 734	a partir del inicio de ejecución de los planes de mejoramiento	a partir del inicio de ejecución de los planes de mejoramiento	a partir del inicio de ejecución de los planes de mejoramiento	
		No estándares con acompañamiento /No de estándares	7/7=1 1*100=100%	NIVEL CUMPLIDO /NIVEL DE LA META 100/90=0.111*100 111%	Actas de reuniones realizadas para tal fin	111%

En el área de jurídica se verifico y alcanzo un porcentaje de cumplimiento de 100%, es de anotar que en la última actividad habían programado dos capacitaciones para el año la cual la otra capacitación será para el mes de diciembre.

Actividad	Meta	Indicador	Resultado	Cumplimiento	Evidencia.	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Realizar defensa judicial de la E.S.E. en forma oportuna y en los casos pertinentes llamar en garantía a las aseguradoras.	Optimizar la representación y defensa judicial del patrimonio de la ESE contestando la demanda oportunamente al 100%	No de procesos contestados dentro de los términos legales /No total de procesos Seguimiento semanal de los procesos	15/15=1% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	1*100=100% Nivel alcanzado /Meta propuesta 1/100*100=100%	Fotocopias de permanencias en juzgados de montería Córdoba. Y recibido de mandas contestadas y diferentes recursos y acciones propuestas por la oficina jurídica en los diferentes procesos en los que la E.S.E. hace parte. Contestaciones de demandas.	100%
Contestar peticiones con mayor celeridad y efectividad acatando las disposiciones legales	Fortalecer el proceso de la respuesta a las peticiones, quejas y reclamos	No de peticiones contestadas dentro de los términos /No de peticiones realizadas	182/182=1% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	1*100=100% Nivel alcanzado /Meta propuesta 1/100*100=100%	Copia de recibido de todos y cada uno de los derechos de petición que reposan en el archivo de la E.S.E.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Manual de contratación que cumpla con la necesidades de la ese y respetando los principios de la contratación pública y que regule la contratación electrónica	Optimizar la gestión de asesoría en contratación pública	Acto administrativo	01/01=1% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	1*100=100% Nivel alcanzado /Meta propuesta 1/100*100=100%		100%
Capacitación para la prevención del daño anti jurídico.	Cumplir con dos capacitaciones en el año.	Capacitaciones programadas al 100%	2/2=1% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	Nivel alcanzado /Meta propuesta 1/100*100=100%	Planillas de asistencia a charlas. Falta una capacitación ya que son dos en el año, está programada para el mes de diciembre.	100%

En el caso del área de atención al usuario podemos observar un porcentaje de cumplimiento del 119.6%

ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Vigilar, Orientar definir y registrar la prestación del servicio a los usuarios de acuerdo a sus necesidades.	Educación en un 10% de la demanda de usuarios que ingresa a la ESE	No de usuarios educados que ingresa a la ESE/total de usuario.	6.687/67.407 =0.099	9.9/10*100= 99%	Encuestas Registros de Gestión de Estudios y traslados. Remisiones I.C.B.F. Registro de Citas Registro de orientación diaria Gestión de consultas	99%
Estrategias para la gestión de estudios especializados y traslados de pacientes.	Obtener autorizaciones de las EPS en un 80% de los estudios solicitados	No de autorizaciones entregadas por la EPS/ No de estudios especializados solicitados por especialistas gestionados/	501/506=0.9 9%	0.99*100%=99 %Nivel alcanzado 99/80*100= 124%	Planilla de Registro de Gestión de Estudios y traslados de pacientes.	124%
Capacitación a los usuarios.	Cumplimiento de las capacitaciones en un 90%.	Nº de capacitaciones realizadas/ Nº de capacitaciones programadas en el periodo.	46/36*100=1 27.7%	127.7*100%=1 27.7Nivel alcanzado/ 127.7/90*100= 141.8%	Registro de Asistencia de Capacitaciones	141.8%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Realizar seguimiento al proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de	Lograr un 50% de dar solución (tramite a las sugerencias, quejas y reclamos) pertinentes.	No de quejas, reclamos y sugerencias tramitadas /No de quejas, reclamos, sugerencias recepcionadas.	24/24*100=100%	100*100%=100 Nivel alcanzado 100/50*100%=200%	Formato de Recepción de Quejas Oficios Remisorios y de respuestas a quejas. SIAU Respuesta de Queja al usuario quejoso.	200%
Reunión Alianza de usuarios	Realizar las reuniones y capacitaciones programadas en un 90%	No de reuniones realizadas/No de reuniones programadas. Nº de capacitaciones realizadas a los usuarios/el número de capacitaciones programadas (1) trimestralmente.	10/11*100=90.9%	90.9% Nivel alcanzado90.9 /90*100=101% Nivel alcanzado/met a 125/90*100=139%	Actas Planilla de Registros de Asistencia de reuniones mensuales.	139%
Realizar jornadas de Sensibilización y capacitaciones de humanización.	Cumplir en un 90% las jornadas programadas	No de jornadas realizadas/No de jornadas programadas	11/11*100=100%	100% Nivel alcanzado /meta propuesta. 100/90*100=111%	Planillas de Registros fotos	111%
Presentación de informes a Entes Territoriales	Evaluación sobre el proceso del SIAU.	No de informes presentados/ No de informes solicitados	4/4*100 = 100%	100% Nivel alcanzado /meta propuesta. 4/4*100=	Consolidados Oficios Remisorios.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

				100%		
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración, Tabulación y análisis de las encuestas sobre satisfacción al usuario. Medir el grado de Satisfacción del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con un 75% las encuestas programadas. Lograr la satisfacción del usuario en un 90% 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de encuestas realizadas/el número de encuestas programadas. %Usuarios Satisfechos/ número encuestados realizadas. 	$3.291/3.600 * 100 = 0.91 \%$ $2.671/3.031 * 100 = 88.1 \%$	$0.91 * 100 = 91.4 \%$ Encuestas realizadas. Nivel alcanzado /meta propuesta. $91.4/75 * 100 = 121.8 \%$ Satisfacción del Usuario Nivel alcanzado /meta propuesta. $88.1/90 * 100 = 98. \%$	Informes de Encuestas mensuales. Informe de encuestas Trimestrales.	122%
Elaboración de videos institucionales	Educación visual y Auditiva a los usuarios sobre Portafolio de Servicios, Enfermedades más prevalentes, Derechos y Deberes de los usuarios.	Videos difundidos/videos elaborados.	$8/8 * 100 = 100 \%$	Nivel alcanzado /meta propuesta. $8/8 * 100 = 100 \%$	Grabación de los diferentes videos, que comprende lo relacionado en la prestación de los Servicios de: Consulta Externa, Urgencias y SIAU.	100%
Ejecutar estándares priorizados en la gerencia de la información	Aumentar la calificación del estándar a 1.60	No de estándares cumplidos/No de estándares priorizados	$6/6 * 100 = 100 \%$	Nivel alcanzado /meta	Acta N° 002.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

				propuesta. 6/6*100%= 100%		
--	--	--	--	---	--	--

Área de Admisiones, alcanzo un nivel de cumplimiento de **123%**

ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Elaborar la información de tiempo de espera de: citas médicas y programación de cirugías a: ➤ Control de calidad ➤ Área de Estadística.	Cumplir en un 100% con la meta de tiempo de espera para cada especialidad.	Tiempo de espera.	12/ 12=1 %	1 * 100 = 100%	Planilla de los indicadores recibidas con metas cumplida dentro del indicador	100%
Coordinar la programación de consulta, teniendo en cuenta la contratación con los especialistas.	Cumplir en un 90% con la programación de citas	No de consultas programadas/ No de citas contratadas	28,729/ 27,244=1,054	1,054 * 100= 105% Nivel alcanzado/ meta propuesta 1,05 / 90*100= 116%	Consolidado de las consultas contratadas, vs programadas y realizadas y planilla de consultas.	116%
Usar estrategias con las EPS-S para la asignación de citas a usuarios	aumentar en un 10% la producción	No de citas realizadas en la vigencia actual/No realizadas en la vigencia anterior	27,332 / 19,994= 1,36%	1,36 *100= 136%	Citas asignadas telefónicamente y autorización de la prestación del servicio sin autorización y citas asignadas prioritarias.	136%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Documentar el procedimiento de la realización de llamadas a los usuarios que no asistieron a la consulta externa especializada.	90% del Procedimiento estructurado	Procedimiento de realización de llamadas estructurado	$1/1 = 1\%$	$1 * 100 = 100\%$ Nivel alcanzado/ meta propuesta $100 / 90 * 100 = 111\%$	se elaboró y paso a planeación.	111%
Documentar el proceso de Admisión de los usuarios	90% del Proceso estructurado	Proceso caracterizado	$1/1 = 1\%$	$1 * 100 = 100\%$ Nivel alcanzado/ meta propuesta $100 / 90 * 100 = 111\%$	Se elaboró y paso a planeación.	111%
Coordinar con las EPS-S la entrega de paquetes de procedimientos quirúrgicos programados de los usuarios afiliado a su entidad.	Obtener en un 50% las autorizaciones de los servicios.	No de autorizaciones recibidas /No de paquetes entregados a las EPS-S	$503 / 665 = 0,76\%$	$0,76 * 100 = 76\%$ Nivel alcanzado/ meta propuesta $76 / 50 * 100 = 152\%$	Relacion de paquetes entregados a las EPS con la fecha de entrega de la autorización.	152%
Coordinar con la jefa de Consulta Externa las oportunidades de los	Asignar citas prioritarias en un 70%	No de citas por oportunidad asignadas/No de citas			Usuarios atendidos por oportunidad en	140%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

usuarios que necesitan una consulta prioritaria.		prioritarias solicitadas	$855/876 = 0,98\%$	0,98* 100=98% Nivel alcanzado/ meta propuesta $98 / 70 * 100 = 140\%$	planilla de citas medicas	
--	--	--------------------------	--------------------	---	---------------------------	--

Área de Recursos Humanos, alcanzó un cumplimiento del 83%, observando que en la dos primeras actividades no se logró realizar en su totalidad

ACCION O ACTIVIDAD	META	INDICADORES	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
realizar programa de bienestar social	ir ajustando el programa de acuerdo con las reuniones	no de actividades programadas/ no de actividades ejecutadas del plan	$4/6 = 0.66 * 100 = 66\%$	Programa de bienestar y actividades	66%
realizar diagnostico para efectuar la planeación del talento humano	el porcentaje se va cumpliendo de acuerdo con las fechas.	- no de criterios implementados/ no total de criterios a implementar en la planeación. I recurso humano -	0		0%
diseñar y ejecutar programa de capacitación que incluya posible subsidio con proveedores para capacitar al personal de urgencias en acs y bls, o en su defecto convenios docente asistencial	cumplir con un 80% las capacitaciones	no de capacitaciones realizadas /no de capacitaciones programadas.	$32/37 = 0.86$ $0.86 * 100 = 86\%$ $86/80 = 1.07 * 100 = 107\%$	Se diseñó el programa de capacitación faltando dos meses	107%
desarrollar y ejecutar programa de entrenamiento de personal, inducción y reinducción	ajustarlo el programa en un 90%	no de entrenamientos, inducción y re inducción realizados/no de entrenamientos, inducción y reinducción programados.	$39/42 = 0.92 * 100 = 92\%$ $92/90 = 1.02 = 102\%$	Se han realizados inducción y reinducción al personal de la ese	102%
Desarrollar y ejecutar programa para evaluar las expectativas y necesidades,	desarrollarlo en más de un 80%	no de entrenamientos, inducción y re inducción realizados/no de entrenamientos,	100%	Para el mes de agosto se hizo Las evaluaciones de clima organizacional	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

clima organizacional y las competencias y desempeño del recurso humano.		indicación y reintroducción programados .		por parte de la empresa colmena.	
Copasst	tener actualizado el programa	.comité actualizado y cumplimiento de actividades	96%	carpeta de comité	96%
evaluación de desempeño	evaluaciones	dos evaluaciones de desempeño	100%	evaluaciones en hojas de vida	100%
realizar conciliaciones de aportes patronales y realizar los ajustes y novedades	reportar dos veces al año sobre los aportes pensiones.	no conciliaciones realizadas/no de conciliaciones programas	2/2= 100%	conciliaciones hojas de vida	100%

El área de Facturación alcanzo un cumplimiento del **97.5%**

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Facturar todos los servicios prestados a cada uno de los usuarios.	Facturar cada atención prestada por la E.S.E.	Comparación con los Rips manual y de sistema.	99%	99/100*100=99%	Facturas elaboradas Vs Planillas Rips y Procedimientos elaborados.	99%
Recibir y revisar los documentos soportes del proceso de facturación con los requisitos exigidos por cada entidad promotora de servicios.	Disminución de glosa por falta de soporte	No valor de las facturas glosadas por falta de soportes en la actual vigencia/No valor de las facturas glosadas por falta de soporte en la vigencia anterior	98%	Nivel alcanzado /Meta propuesta 98/100*100=98%	Recibidos de glosas por auditoria que reporta un 5% de glosas aprox.	98%
Radical las facturas a cada una de las EPS antes del 16 de cada mes.	99% de la facturación radicada oportunamente	Valor de la facturación mensual radicada oportunamente/valor de facturación entregada mensual.	1244277238/ 1244277238= 1	Nivel alcanzado /Meta propuesta 1/100*100=100%	Facturas con sellos de radicado de las EPS.	100%
Facturar las tarifas teniendo en cuenta los contratos que por venta de servicios suscriba el Hospital, adaptando a ellos el proceso de facturación.	Disminuir la subfacturación por tarifa	No de empresas con tarifa actualizada oportunamente/No de empresas a las que se les contrata.	8/8=1	1/100*100=100%	Facturas elaboradas y no glosas por mayor valor cobrado en tarifas.	100%
Enviar informe a gerencia de cada una de las anomalías detectadas en el	No tener anomalías en el proceso.	No Anomalías reportadas al gerente / No de anomalías presentadas	1/1=1	1*100=100 1/100*100=100%	Copia de recibidos de los informes.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

proceso de facturación.						
Tramitar oportunamente las autorizaciones para los servicios	0% de glosas definitivas por falta de autorización	Valor de glosa definitiva por falta de autorización para el año vigente.	4233/4233=1	100*100=100%	No glosas por autorización de servicios.	100%

Área de Estadística, alcanzo un cumplimiento de 100%

ACTIVIDADES	META	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	EVIDENCIAS	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Recopilar, Producir Información y Difundir Estadísticas confiables Oportunas, transparentes y Eficientes para elaboración de Indicadores de las Unidades de Prestación de Servicios o Centros de Costos.	Aplicación y utilización de la información para la toma de decisiones.	100%	Coordinador del Equipo, Auxiliar Información, Técnica Financiera, Auxiliar administrativo.	Informes Mensuales de Actividades, para Área de Calidad y Otros.	100%
Tabular, plasmar informes Estadísticos solicitados por el sistema vigente y presentar informes obligatorios para la E.S.E. y otros interesados.	Proporcionar Información Institucional que acceda identificar y suministrar la condición o estado de la población Usuaría de la E.S.E. asimismo del Informe del decreto 2193..	100%	Coordinador del equipo de sistemas de información, Auxiliar Información y Técnica Financiera.	Informe de Tabulados Mensual de RIPS, Consulta Externa, Urgencias y de Apoyo Diagnósticos	100%
Recolectar, examinar y solidificar los informes diarios, mensuales y anuales concebidos por los centros de costos o Unidades de Prestación de Servicios y procesar informes, resúmenes concretos para la E.S.E.	Proveer la información de forma útil y completa para Informe del decreto 2193..	100%	Coordinador del equipo de sistemas de información, Auxiliar de Información y Técnica Financiera.	Informe de Resúmenes de Tabulados de RIPS, Consulta Externa, Urgencias y de Apoyo Diagnósticos	100%
Examinar y criticar la autenticidad y elementos de la información de los centros de costos.	Evaluar y valorar la información recolectada o proveída, además para el Informe del decreto 2193..	100%	Técnica Financiera, Auxiliar Administrativo y Auxiliar de Información.	RIPS Revisados y Corregidos de Consulta Externa, Urgencias y de Apoyo Diagnósticos	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Construir Indicadores de Gestión de Producción e Información esencial para indicadores de calidad.	Facilitar la información para el análisis del comportamiento institucional y de igual forma para Informe del decreto 2193..	100%	Coordinador del equipo de sistemas de Información y Auxiliar Información.	Informe de Indicadores de Producción Mensual.	100%
Elaboración del Informe del decreto 2193, e Insertar en la Página WEB del Ministerio de Salud.	Cumplir con la respectiva competencia las disposiciones establecidas en el Decreto	100%	Coordinador del equipo de sistemas de Información.	Informe del Decreto 2193, periodos Enero-Marzo y Abril – Junio de 2013.	100%
Controlar la recolección y revisión de la información estadística su cumplimiento y calidad.	Activar la conducción de la información y su calidad.	100%	Técnica Financiera y Auxiliar de Información.	Informe del Decreto 2193, periodos Enero-Marzo y Abril – Junio de 2013.	100%
Organizar, identificar y archivar las Historias Clínicas de acuerdo a la tabla de Retención documental.	Activar y generar resultados satisfactorios la atención del usuario interno y externo de la E.S.E.	95%	Auxiliares de Información y Auxiliares de Archivo Central de Historias Clínicas.	Entrega Oportuna de Historias Clínicas a: Consulta externa, Servicios de Hospitalización, Auditorias y Otros	95%
Confeccionar informes y tablas estadísticas para conservar periódica y oportunamente la información.	Conseguir maximizar la prestación del servicio del Equipo de información y estadísticas en beneficio del cliente interno y externo.	100%	Coordinador del equipo de sistemas de información, Técnica Financiera y Auxiliar de Información.	Informes Individuales de Actividades Generales de Médicos Especialista en Quirófanos, Consulta externa y Urgencias.	100%
Las distintas a que hubiere lugar inherente al equipo de sistemas de información y Área de Estadística.	Mejorar la calidad y el uso de la información para alcanzar la perfección en la prestación de los Servicios de Salud de la E.S.E.	100%	Coordinador del equipo de sistemas de información.	Elaboración de Formatos para mejorar la Captura de Información de Nacido Vivo, Defunciones, Diagnósticos de Apendicetomía, Hemorragias del Tercer Trimestre de Embarazo e Infarto Agudo del Miocardio	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno		
	COD. ELABORO	REF. N.M.M	

Área de Contabilidad, alcanzo un cumplimiento del 90%

ACTIVIDADES	META	INDICADORES	CUMPLIMIENTO	%CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Realizar Conciliaciones	Realizar conciliaciones en un 80%	No de conciliaciones realizadas/ No de conciliaciones programadas.	9/9	100/80=1.27*100=127%	Conciliaciones bancarias ene a septiembre 2013.	127%
Declaraciones tributarias e Información Exógena	la Dec de Retención en la Fuente, Dec de Ingresos y Patrimonio y Presentación de la Información Exógena en un 100%	No de informes Presentados de Declaraciones tributarias e Información Exógena oportuna/informes solicitados	10/11	100%	Declaraciones retención en la fuente jul a sept (soportes pagaduría)	100%
Rendir Informes a los distintos entes de control.	Presentar oportunamente los requerimientos de los entes de control en un 100%	No de informes presentado oportunamente/No de informes solicitados	9/9	100%	Trimestral 2193 , cgr e informe contable	100%
Suministrar Estados Financieros	Presentar informes oportunamente en un 90%	No Información financieros presentados oportuna y verazmente/ No de informes requeridos	6/6	100/90=1.11*100=111%	Balance general y estado situación financiera ene a sept de 2013.	111%
Seguimiento al equilibrio operacional de acuerdo al presupuesto aprobado por el CONFIS para la vigencia 2013	Disminuir el déficit presupuestal en un 10%	Valor del déficit presupuestal de la vigencia actual/valor del déficit de la vigencia anterior	1.801.652/7.125.746	0.25*100=25%	Ejecuciones presupuestales vig anterior y actual (soportes presupuesto)	93%
Gestionar para cumplir los requisitos para acuerdos de reestructuración	Disminuir el déficit presupuestal en un 10%	Acuerdo aprobado/acuerdos solicitados.				

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
		COD.	REF.
	Control Interno	ELABORO	N.M.M

n de pasivos						
--------------	--	--	--	--	--	--

Área de Almacén, alcanzo un nivel de cumplimiento del **105.4%**

ACTIVIDAD	META	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Realizar Seguimiento al Plan De Compras	Cumplir en un 70% con la ejecución del plan	98/110	98/110*100=.89% 89/70+100=127%	plan de compra ejecutado y compras por caja menor de algunos elementos que se encuentran incluidos en el plan de compra	127%
Realizar procesos de baja los inmuebles que ya no son útiles ni susceptibles a reparación	Realizar proceso de baja al 80% de los bienes inservibles y obsoletos	4/5	14/5=,80% 80/80*100=100%	-resolucion debaja n°0164 de 2013 -proceso de venta de chatarra a travez del martillo (banco popular)	100%
Control de inventario	Controlar el inventario en un 100%	No de operaciones registradas /No operaciones realizadas.	100%	este se hace diario a travez de las salidas de almacen se relaciona en los kardex correspondiente de cada inventario.	100%
Aplicación del software salud system (módulo de almacén)	Aplicar en un 100% el uso de las tecnologías	Implementar el módulo de almacén e inventario.	100%	-los inventarios manejados en almacen fueron incluidos a corte de 31 de julio en el software para darle inicio al manejo del mismo - se ingresaron todas las entradas y salida en el software salud system,	100%
Hacer conciliación periódica con el área contable de los activos fijo y el inventario de almacén	Conciliar trimestralmente la información de almacén activos fijos con contabilidad	4/4	100%	se ha realizado conciliación de tres trimestres durante el año en curso, al área de contabilidad.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno		
	COD. ELABORO	REF. N.M.M	

El área de Sistemas alcanzo un nivel de cumplimiento del 100%, se observo que la cuarta y la octava actividad esta con cromático amarillo. Se requiere más apoyo en la implementación del software

ACTIVIDADES	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Implementación de ventanilla única, para el manejo de información primaria	90% de cumplimiento.	Implementación de la ventanilla.	100%	100%	Documentación En la espera de aprobación por Gerencia	100%
Levantamiento permanente de los Backup institucionales	Mantener Backup en un 95% de la información de forma mensual, para en casos de perdida o fallas en los equipos.	No de backup establecidos en "D" por áreas /N° de estaciones de trabajo	23/23 = 0.9	$1 * 100\% = 100$ $100/95 * 100 = 111\%$	Equipos administrativos Unidad "D" Verificación permanente	111%
Organización (Diseño, Actualización, etc.) de la Página WEB del Hospital.	Mantener en un 90% la información de la página web actualizada.	No de actualizaciones realizadas/No de actualizaciones solicitadas	35/35=1	$1\% * 100\% = 100\%$ $100\%/90\% * 100 = 111\%$	Página web y Archivo de Información de actividad (Excel) Solicitud Por correo electrónico.	111%
Apoyo en la implementación de las actualizaciones que se realizan al Software (Salud System).	Lograr que el software (Salud System) cumpla con las necesidades de las áreas. (90%) Cumplimiento y (10%) con el margen de error	No de módulos contratados y actualizados. / No de módulos contratados	11/15=0.73	$0.73 * 100\% = 73$ $73/90 = 0.81$ $0.81 * 100\% = 81\%$	Software Salud System y Estaciones Se reactiva contrato, se realizan pruebas sobre módulo de Historia Clínica y se espera la nueva actualización con las correcciones y probar los módulos que están pendiente	81%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Rendir informes mensuales a la Gerencia del ESE y cumplimiento de los informes de ley.	Informar de las actividades realizadas de acuerdo al cumplimiento de Ley	No de informes rendidos / total de informes solicitados	12/12 = 1	$1 * 100 = 100\%$ Permanente	Documentación de entrega mensual	100%
Levantamiento de los inventarios de los sistemas y equipos	Inventario de equipos de sistemas actualizado y verificado (Semestral) (90%)	Nº actualizaciones realizadas en el inventario / Nº equipos adquiridos en el periodo	16/16 = 1	$1 * 100 = 100\%$ $100\% * 90\% = 1.11\%$	Información de actividad (Excel) 6- Administrativo 2- Port - adm. 6- Consultorios 2- Impresoras (total 16 Equipos)	100%
Capacitación en sistema de información, informática y actualización de Archivo.	Capacitación personal a la necesidad	No de capacitaciones realizadas/No de capacitaciones programadas	9/9 = 1	$1 * 100 = 100\%$	Capacitaciones de Programa Salud System y Manejo de la "Historia Clínica Sistematizada".	100%
Realizar las labores de Mantenimiento preventivo y correctivos	Cumplimiento al requerimiento de la necesidad 90%	No de mantenimientos realizados de forma preventivos (correctivos)/ Nº total de Equipos de la ESE	49/60=0.8	$0.80 * 100 = 80\%$ $80\% / 90\% = 0.88$ 0.88 $* 100 = 88\%$	Información de actividad (Excel) PC + IMPRESORAS (Enero a Noviembre)	88%
Ejecutar los estándares priorizados en la gestión tecnológica	Aumentar la calificación del estándar a 1.20	No de estándares cumplidos/No de estándares priorizados	3/3 = 1	$1 * 100 = 100\%$	Envío para la aprobación de la Gerencia	100%

El área de Auditoría de Cuentas, alcanzo un nivel de cumplimiento del 100%, se puede anotar que la cuarta actividad no presento glosas extemporánea.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIEN TO	EVIDENCI A	CUMPLIMIEN TO DE CONTROL INTERNO
Pre auditoría de cuentas por atenciones de urgencia y hospitalización	Disminución en un 20% la glosa parcial.	Valor de la glosa parcial/valor de la glosa parcial del año anterior.	El valor de la glosa para del mes de enero a diciembre es de \$ 593.136.463	Nota: no se puede dar un resultado que permita comparar el cumplimiento del indicador con el los meses del año anterior, puesto que para ese año no se tenía implementado un control que permitiera tener datos que sirvan como línea base para comparar.	Carpetas de EPS con oficios y soportes de respuestas	100%
Contestar oportunamente las glosas	Contestar oportunamente en un 100% las glosas.	Valor glosa contestada oportunamente/valor glosa recibida.	$593.136.463/593.136.463=1*100$	100/100=1*100=100%	Carpetas de EPS con oficios y soportes de respuestas.	100%
Socialización de las causales de glosas con personal de facturación y jefes del área asistencial	Socializar mensualmente las causales de glosa	Socialización de las 10 primeras causales de glosas	Entrega de oficios a personal responsable de la glosa.	Se evidencia los correctivos implementados según motivos de glosas recibidos de las EPS.	Oficios de notificación de motivos de glosas como socialización a personal responsable.	100%
Responder la No aceptación de glosas cuando han sido recibidas de forma extemporánea.	90% de Respuestas emitidas a las EPS de forma oportuna	Numero de glosas recibidas extemporáneas/número de respuestas oportunas	No se recibieron extemporáneas, por lo tanto no aplica para este corte.		Carpetas de EPS con oficios y soportes de respuestas	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Implementación del módulo de auditorías y glosas	Modulo implementado	Modulo implementado	Ingreso y respuesta de glosas por software institucional	Impresión de respuestas de glosas.	Impresión de respuestas de glosas por EPS.	100%
			Total			

Área de Auditoria de Medicamentos, alcanzo un nivel de cumplimiento de **101%**

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Hacer pruebas de campo, verificaciones puntuales y seguimiento diario al censo de pacientes, al volumen de ordenaciones médicas incluidas en las notas de cargo procesadas y su correspondencia en cantidades, dosis y aplicaciones efectivas consignadas en la historia clínica del paciente y las hojas de gasto.	Verificar en un 90% que al paciente durante su estancia en el servicio se le brinde de manera eficaz y oportuna la administración correcta del tratamiento ordenado por el médico, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y además disminuir significativamente los gastos innecesarios de medicamentos y/o dispositivos médicos.	No de historia clínicas con un correcto diligenciamiento durante la revisión a los pacientes con alta / total de historias clínicas revisadas.	6645/7053= 0.94*100 =94%	94%/90*100=104%	Reportes de libros de auditoria.	104%
Verificar el cobro de medicamentos genéricos que estén incluidos en el POS y además verificar que los medicamentos NO POS ordenados por el médico tratante contengan el formato CTC	Vigilar en un 95% la dispensación o entrega de medicamentos genéricos por parte del servicio farmacéutico o en su defecto verificar que los medicamentos NO POS ordenados por el medico sean avalados por el	No de medicamentos NO POS solicitados con el formato CTC / total de medicamentos no pos entregados	736/736= 1*100% 100/95% 105%	105%	Formatos CTC	105%

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204153-7 Lorica - Córdoba Circ. 24 N° 17-184 Rab. 7735884 - 7735421 Barrio San Pedro</p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

(comité técnico científico).	Comité Técnico Científico.					
Vigilar que el servicio farmacéutico cumpla con la entrega oportuna de medicamentos y dispositivos médicos a los diferentes servicios de la ESE	Vigilar en 100% la entrega completa y oportuna de medicamentos y/o dispositivos médicos por parte del servicio farmacéutico con el fin de brindar medicamentos con calidad que permitan mantener la adherencia terapéutica del tratamiento	Vigilar en 100% la entrega completa y oportuna de medicamentos y/o dispositivos médicos por parte del servicio farmacéutico con el fin de brindar medicamentos con calidad que permitan mantener la adherencia terapéutica del tratamiento	Total de notas de cargo revisadas / total de notas de cargo generadas en el mes.	$67976/67976=$ $1*100%=$ $100%$	Notas de cargo en físico + indicador de volumen de despacho	100%
Verificar diariamente las notas de cargo y sus correspondientes devoluciones	Vigilar en un 100% que las devoluciones sean descargadas de la facturación de farmacia	Vigilar en un 100% que las devoluciones sean descargadas de la facturación de farmacia	No de devoluciones descargadas / No de devoluciones realizadas	$921/921=1$ $1*100=100%$	Libro de registro de devoluciones de medicamentos y Dispositivos médicos	100%
Verificar el cumplimiento de las facturas generadas por el servicio farmacéutico con destino al almacén de la ESE para procesar el correspondiente ingreso y salida de almacén.	Dar cumplimiento en un 100% a la revisión mensual de las facturas emitidas por parte del servicio farmacéutico con el fin de minimizar en su totalidad los errores encontrados en la misma.	Dar cumplimiento en un 100% a la revisión mensual de las facturas emitidas por parte del servicio farmacéutico con el fin de minimizar en su totalidad los errores encontrados en la misma.	No facturas revisadas/ total de facturas emitidas	$22/22=$ $1*100=$ $100%$	Facturas emitidas por el servicio farmacéutico	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno		
	COD. ELABORO	REF. N.M.M	

Coordinación de Servicios Generales, alcanzo un porcentaje de cumplimiento del 103%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Coordinación, programación y control de la prestación de servicios generales en toda la planta física de la institución.	Medir el cumplimiento de las actividades Programadas para la prestación de servicios generales de la ESE en un 98%	12 programas elaborados/12 programas entregados.	12/12=1	$1*100%=100\%$ $100\%/98%*100\% = 102\%$	Cuadros de turnos.	102%
Evaluar la adherencia de los protocolos de limpieza y desinfección al personal de servicios generales	Realizar dos evaluaciones anuales de la adherencia de los protocolos. En un 98%.	Numero de evaluaciones realizadas/ número de evaluaciones programadas	2/2=1	$1*100%=100\%$ $100\%/98%*100\% = 102\%$	Evaluaciones realizadas al personal de servicios generales.	102%
Ejecutar y socializar los protocolos de limpieza, con el personal de servicios generales	socializar los protocolos de limpieza, con el personal de servicios generales en un 95%.	2 socializaciones en el tiempo transcurrido	2/2=1	$1*100%=100\%$ $100\%/95%*100\% = 105\%$	Firma de planillas de asistencia.	105%
Ejecutar actividades prioritizadas del estándar de gerencia del ambiente físico.	Aumentar la calificación en un 20%	<ul style="list-style-type: none"> Una reunión para la priorización de estándares de calidad. 	Se realizó la reunión para priorizar los estándares de calidad		Acta de reunión. Acta de entrega para solicitud del manual del manejo seguro de alimentos. Acta de entrega del protocolo de rehusó. Entrega de oficio para reunión del comité de infecciones.	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Gestión Ambiental, alcanzo un cumplimiento del 107%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Realización adecuada de la segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos en los diferentes servicios de la ESE	Optimizar el proceso disminuyendo en un 10% la producción de residuos peligros, teniendo en cuenta el porcentaje ocupacional.	Pesaje de residuos peligrosos de la vigencia actual-pesaje de residuos de la vigencia anterior. No de atenciones realizadas en los diferentes servicios de la vigencia actual – No de atenciones realizada en la vigencia anterior	26.634/30.000= 12.4% de disminución de residuos peligrosos. 27.602-25.295=2.310 En el 2013 ingresaron mas pacientes y se generan menos residuos peligrosos puesto que se clasificaron de la mejor manera.	10%/12 .4 %= 1.24X100= 124%	124%
Capacitación en materia ambiental al personal de la ese	Realizar 4 capacitaciones en el año	No de capacitaciones realizadas/No de capacitaciones programadas	4/4=1*100=100	100%	100%
Llevar de manera ordenada el formato RH1.	Supervisar que los residuos hospitalarios y similares se les de el proceso pertinente mediante la empresa metales del oriente.		11 formatosRH1 de enero a diciembre del 2013. Donde se verifica la salidas de los residuos tanto peligroso y no peligrosos que se generan en nuestra empresa.	100%	100%
Definir procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	Definir la política en un 90%	Política definida	100%	111%	111%
Proceso para el manejo seguro de desechos.	90% de la implementación del proceso	Proceso ajustado e implementado PGHIRS	100%	111%	111%
Entrega de informes a los diferentes entes de control	Entregar los informes en un 100% .	Numero de informes entregados / total de informes solicitados.	1/1= 100	100%	100%

Plan operativo del área de cartera, alcanzo un cumplimiento del 97.5%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Hacerle requerimiento de pago a las distintas EPSs.	Que las EPSs deudoras le cancelen a la IPS el 50%del valor radicado que se les factura a	Requerimientos de pagos emitidos a las EPS / total EPS que tengan una deuda considerable y	7.939.925.289 -----=0,59 =59% 13.302.184.282	100%	Requerimientos enviados a las eps	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

	<p>sus distintos usuarios, como lo dice la ley y si no hay glosas cancelar el resto.</p>	<p>razonable.</p>				
<p>Conciliación de cartera con las distintas EPSs.</p>	<p>Conciliar y verificar el valor que realmente se le debe pagar a la IPS por el servicio que se les presta a sus usuarios.</p>	<p>Tratar de conciliar al máximo con las empresas deudoras en los tiempos pertinentes.</p>	<p>20 conciliaciones</p>	<p>100%</p>	<p>Conciliaciones hechas con las eps</p>	<p>100%</p>
<p>Participar en las mesas de trabajo siempre y cuando la superintendencia así lo disponga.</p>	<p>Pactar acuerdos de pago serios y que se cumplan, ya que de lo contrario la supersalud sancionaría a la entidad que incumpla.</p>	<p>Mesas de trabajo asistidas/mesas de trabajo convocadas.</p>	<p>La superintendencia no dispuso mesa de trabajo</p>			
<p>Seguimiento al plan de saneamiento fiscal.</p>	<p>Medir el impacto que causa las decisiones administrativas y financieras más específicamente en lo concerniente a: racionalización del gasto, saneamiento de pasivos, solidificación de los ingresos, y eficiencia del recaudo.</p>	<p>Este indicador será el valor recaudado vs el valor comprometido.</p>	<p>Nuestra área fue comprometida con 2 cuadros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuentas por cobrar. • Detalles de cuentas por cobrar. <p>Los 2 cuadros fueron diligenciados en su momento.</p>	<p>100%</p>	<p>Cuadros de cuentas por cobrar y detalles de cuentas por cobrar</p>	<p>90%</p>

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Plan operativo de Archivo Central, alcanzo un cumplimiento del 95%, observando que la actividad quinta no aplica para este corte.

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Transferencias, clasificación, valoración documental y organización.	Llevar a cabo los procesos de clasificación y transferencias de archivo en un 90%	No de transferencias, clasificación de la información realizada/ No de transferencias, clasificación de la información programadas.	10/12=.83.3% 83.3/90*100=92.5%	92.5	Actas de transferencias Existen algunas transferencias pendientes por realizar	92.5%
Capacitación para la aplicación de TVD y TRD	Realizar 2 capacitaciones con el fin de enseñar a Aplicar tablas de valoración documental y tablas de retención documental para la clasificación adecuada de archivo.	No de capacitaciones realizadas/No de capacitaciones programadas.	1/2=0.5*100=50%	50%	Planillas de asistencia	50%
Actualización base de datos e inventario de los archivos	Registrar en un 90% las transferencias de documentos en la base	No de documentos de las transferencias registradas en la base de datos. /No	10/10=1*100=100% 100/90*100=111%	111%	Base de datos	111%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

	de datos.	de documentos de las transferencias recibidas y clasificadas de las dependencias				
Reunir comité de archivo para tomas de decisiones y eliminación de archivo	Realizar 2 reuniones del comité para la toma de decisiones y la disposición final de los documentos.	No de reuniones realizadas para la toma de decisiones de la disposición final de los documentos /No. De reuniones programadas .	$3/2=150\%$	150%	Planilla de asistencia. Acta de comité de archivo	100%
Eliminación y disposición final	Cumplir en un 90% con las normas establecidas en AGN para la conservación y disposición final de archivos	No. de eliminaciones realizadas/ No. de eliminaciones programadas	$1/1=100\%$ $100/90=111\%$	111%		111%
Oportunidad en el préstamo o consulta de los archivos o documentos		No préstamos solicitados/No de préstamos entregados oportunamente.	$17/17=100\%$	100%	Planilla de prestamos	100%
Participación en las actividades del	Participar en un 80% de las actividades	No de reuniones en las que asistió / No	$2/2=100\%$ $100/80=125\%$	62.5%	Planilla de asistencia	125%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

estándar de gerencia de la información	del estándar de gerencia de la información	de reuniones en las que se invitó.				
--	--	------------------------------------	--	--	--	--

Plan operativo de Apoyo a la planeación, alcanzo un cumplimiento del 96%, observando la primera actividad en cromático amarillo.

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Actualizar mapa de procesos	Mapa de procesos implementado	Mapa de procesos	Enviado a correo de gerencia	70%	Envió de correo electrónico a gerencia	70%
Apoyar la elaboración de plan de capacitaciones, manual de ventanilla única, información primaria	Implementación en un 50% del Plan de capacitación y plan de comunicación	No de manuales y protocolos desarrollados e implementados / No total de procesos y procedimientos a implementar	2	2/2=1*100=100	Planillas de apoyos y asesorías firmadas	100%
Levantamiento de riesgo	Levantamiento de los mapas de riesgos y plan de mitigación de riesgos en un 70%	No de mapas de riesgos levantados/total de dependencias de la ESE	Se levantó el mapa de riesgo por cada dependencia	16/23=0.69*100=69% Nivel alcanzado /Meta propuesta 69/70=0.98*100=98%	Envió de manual al correo	98%
Apoyo en la elaboración y seguimiento del plan de desarrollo y los planes operativos por áreas	Brindar asesoría en el levantamiento de planes en un 90%	No de planes operativos desarrollados con asesoría/total de planes operativos	18/24=0.75% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	0.75*100=75% Nivel alcanzado /Meta propuesta 75/80*100=93%	Planilla de capacitación personalizada para la elaboración de los planes operativos.	93%
Apoyo en el desarrollo de los estándares	Aumentar la calificación de la	Calificación de la autoevaluación de la vigencia	Apoyo a los 8 grupos de estándares	Apoyo en la priorización de todos los	Actas de reuniones	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

priorizados del proceso de acreditación	autoevaluación en un 20%	actual/calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior		estándares de cada grupo y apoyo en la elaboración de los productos		
Apoyo en la construcción de procesos y procedimientos asistenciales priorizados	Construir procesos y procedimientos prioritarios en un 50%	No de procesos y procedimientos prioritarios construidos/ No de procesos y procedimientos programados	12/24	0.5*100=50% 50/50=1*100=100	Procesos construidos	100%
Informe consolidado del avance de los planes operativos de las distintas áreas.	Presentar dos informes en la vigencia	No de informes presentados/No de informes solicitados	3/ 2	105%	Actas de comité Correo electrónico enviando informes de avance	100%
Informe consolidado del manejo de riesgos por dependencia	presentar informe consolidado del manejo de riesgo	Presentar un informe del manejo de riesgo	1	100%		100%

Plan operativo de Área de Mantenimiento, alcanzo un cumplimiento del 97%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Ejecutar plan de mantenimiento 2013 – Mes de Octubre - Noviembre	90% de cumplimiento del plan	Se hace mantenimiento sanitario en los servicios medicina interna., quirúrgica en sala de mujeres y hombres cirugía, urgencias, maternidad, pediatría, mantenimiento de aires acondicionado en cirugía, urgencias, siau, fisioterapia, se instala aire nuevo en Rx y ecografía de 24000BTU, se hace mantenimiento		100%	Se hace mantenimiento sanitario en los servicios medicina interna., quirúrgica en sala de mujeres y hombres cirugía, urgencias, maternidad, pediatría, mantenimiento de aires acondicionado en cirugía, urgencias, siau, fisioterapia, se instala aire nuevo en Rx y ecografía de 24000BTU, se hace mantenimiento	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD. ELABORO	REF. N.M.M

		<p>aire de medicina interna, pagaduría, telemedicina, se hace limpieza de cielo raso de oficina de enfermería, se cambia llaves de chorro en consulta externa, se hace reparaciones de extensiones telefónicas, se repara puertas metálicas, se hace mantenimiento a puertas de doble giro en cirugía y urgencias, Se hace los mantenimientos de los registros de aguas negras en lavandería (3) y registros de la parte administrativa y reparación de pared de la central de gases. Se hace reparaciones de las salidas de los tanques auxiliares de la ESE</p>			<p>aire de medicina interna, pagaduría, telemedicina, se hace limpieza de cielo raso de oficina de enfermería, se cambia llaves de chorro en consulta externa, se hace reparaciones de extensiones telefónicas, se repara puertas metálicas, se hace mantenimiento a puertas de doble giro en cirugía y urgencias, Se hace los mantenimientos de los registros de aguas negras en lavandería (3) y registros de la parte administrativa y reparación de pared de la central de gases. Se hace reparaciones de las salidas de los tanques auxiliares de la ESE</p>	
<p>Mantenimiento de las luminarias a las distintas áreas</p>	<p>Mantener redes eléctricas y luminarias en buen estado</p>	<p>Se instalan 8 bombillos ahorradores de 42w, 8d 20w 1 de 8w, 13 tubos de 2x48w y 8 balastas de 2x48 en las distintas áreas, tomas levintong, se hace reparaciones de circuito eléctricos</p>		<p>100%</p>	<p>Se instalan 8 bombillos ahorradores de 42w, 8d 20w 1 de 8w, 13 tubos de 2x48w y 8 balastas de 2x48 en las distintas áreas, tomas levintong, se hace reparaciones de circuito eléctricos</p>	<p>100%</p>
<p>Diagnóstico del estado y vida útil de los equipos biomédicos</p>	<p>60% de diagnósticos realizados, en la institución existe 112 equipos</p>	<p>Se revisa en octubre 30 equipos, 41 en noviembre, su diagnóstico se encuentra en las hojas de</p>		<p>100%</p>	<p>Se revisa en octubre 30 equipos, 41 en noviembre, su diagnóstico se encuentra en las hojas de</p>	<p>100%</p>

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

		vida correspondiente al plan de mantenimiento		100%	vida correspondiente al plan de mantenimiento	
Diseñar, implementar un proceso que permita garantizar la seguridad del uso de la tecnología	Realizar 2 charlas del proceso	Proceso diseñando y socializado		100%	Proceso diseñando y socializado	100%
Determinar necesidades de renovación de Tecnología y adquisición de nueva tecnología teniendo en cuenta el costo de reparación o mantenimiento.	Diseñar la política	Se hizo en la oficina de calidad.		90%	Se hizo en la oficina de calidad.	90%
Calibración y ajuste de equipos	Realizar anualmente una calibración y ajustes a los equipos biomédicos considerando el factor de costo beneficio	calibración y ajustes de 42 equipos		100%	calibración y ajustes de 42 equipos	100%

Plan operativo de Área de Logística, alcanzo un cumplimiento del 97%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	CUMPLIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Apoyo y seguimiento a los POA'S administrativos.	Realizar seguimiento al 90% de los POA'S administrativos	No de seguimientos realizados a los POA'S / Total de poas del área administrativa	Se hicieron 3 reuniones para verificar los avances de cada área y de la problemática que estos tuvieron para poder solventarlas 3/3=100%	Nivel alcanzado /Meta propuesta $3/3*100=100\%$ $100/90*100$	Planilla de capacitación personalizada para la elaboración de los planes operativos. Seguimiento a los planes operativos	111%
Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Disminución de los pasivos en un 10% del hospital.	Valor de los pasivos de la vigencia actual/valor de los pasivos de la vigencia anterior.	Se envió el plan de saneamiento fiscal y financiero en las fechas estipuladas para la secretaría de salud.	90%	El plan de saneamiento fiscal y Financiero y acto administrativo de aprobación.	90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

Realizar seguimiento al proceso de contratación teniendo en cuenta que cumpla con la necesidades de la ese y respetando los principios de la contratación pública y que regule la contratación electrónica	Transparencia y objetividad en el proceso de contratación y del proceso presupuestal	No de contratos que cumplen con los criterios de la resolución de contratación / No de contratos elaborados	849/849 se dividen de este sector que son 103 contratos de prestación de servicios y 746 ops	Nivel alcanzado /Meta propuesta 833/833 *100=100%	Contratos hechos y que se encuentran en el área de logística con sus respectivos soportes	100%
Apoyo y seguimiento a la priorización de los estándar de acreditación relacionada con el área logística.	Aumentar la calificación de los entandares en un	No de estándares cumplidos/No de estándares priorizados	Se está trabajando en la priorización de los estándares y se está realizando el plan de mejoramiento para cada criterio priorizado y haciendo las políticas pertinentes para cada área.		La evaluación final se realizara al final de año 2013.	90%

AREA ASISTENCIAL, COORDINACIÓN DE ENFERMERIA Y PLANEACION:

El Plan Operativo Anual 2013, de las áreas Asistencial, Planeación y coordinación de Enfermería, está compuesto por 22 actividades de las que podemos decir:

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Socialización e implementación del Plan de Gestión 2012 – 2016, el objetivo y la meta se cumplieron en un 100%.	100%
Evaluación de aplicación de guía de manejo: Hemorragia del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, se realizó la evaluación y adherencia de estas guías, través de las	100/80= 125%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD.	REF.
		ELABORO	N.M.M

Historias clínicas todos los meses.	
Evaluación de la aplicación de guía de manejo en la atención de parto como primera causa de egreso hospitalario, se realizó por medio de las Historias clínicas	90/80=112%
Evaluación de la Oportunidad en la realización de la apendicetomía, se realizó mes tras mes, en las Historias clínicas, cumpliéndose los objetivos y las metas trazadas, una vez realizado el diagnóstico, se inicia el tratamiento en un tiempo igual o menor de seis horas. Cumplimiento 100%.	100/95=105%
Evaluación en la oportunidad de atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de IAM.	100/95=105%
Verificar el N° de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. En la Empresa no se presentó ningún caso de esta patología.	100%
Analizar la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas. se realizaron comités técnicos, para el análisis de las muertes, dejando constancias en las actas.	100%
Análisis de los RIPS Institucionales, se realizó este análisis, con los RIPS de Consulta Externa y Urgencias, conociendo el perfil epidemiológico de la población que consulta en nuestra Empresa y se presentó este análisis a la junta directiva. Cumplimiento 100%	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD.	REF.
		ELABORO	N.M.M

Conocer, analizar la oportunidad en la atención de consulta de Pediatría, ginecoobstetricia y medicina interna, se realizó todos los meses tomando correctivos cuando fue necesario, contratando horas médicas especializadas de estas especialidades. Cumplimiento 100%	100%
Actualización de guías, manuales de procedimientos en las diferentes unidades funcionales. Se realizó 100%.	100%
Evaluación del Desempeño, calificación final del periodo: En este punto se realizó la calificación de mitad de periodo. Cumplimiento 90%.	100%
Concertar compromisos laborales con los funcionarios de carrera administrativa del área asistencial. Cumplimiento 100%	100%
Elaborar el POA del área asistencial. Cumplimiento 100%	100%
Realizar informes mensuales del avance del POA: Todos los meses se realiza el informe del POA y se entrega a la oficina de planeación	100%
Supervisión y observaciones directas del personal a cargo. Cumplimiento 100%	100%
Asignación de Actividades de Enfermería diarias y los fines de semana de los enfermeros. Cumplimiento 100%.	100%
Control del ausentismo laboral del personal de Enfermería. Cumplimiento 100%.	100%
Reunión con Enfermeros y Auxiliares de	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD. ELABORO	REF. N.M.M

Enfermería. Cumplimiento 100%	
Recolectar evidencias objetivas, para la evaluación del desempeño.	100%
Coordinar con las instituciones docente asistencial. (Practica Hospitalaria). Cumplimiento 100%.	100%
Coordinar los comités institucionales y asistenciales de la Empresa.	100%
Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en las diferentes áreas del Hospital.	100%
Evaluación del POA 100%	

Alcanzo un cumplimiento de **106%**

POA DE CONSULTA EXTERNA: El POA de la Consulta Externa, tiene planeadas 8 actividades, se han cumplido en un **93.%**.

CONSULTA EXTERNA	CUMPLIMIENTO
ACTIVIDADES	93%
Evaluación del personal de enfermería a mi cargo.	93%
Reunión de sensibilización del servicio.	93%
Seguimiento epidemiológico por salud pública.	93%
Evaluación del P.O.A.	93%
Aumento de la productividad.	93%
Ejecutar estándares priorizados en el área de consulta externa.	93%
Participar en la implementación de guías y protocolos propios del servicio	93%
Participar en la implementación de las historias clínicas sistematizadas	93%

POA DE MEDICINA INTERNA: Planeadas 10 actividades, de estas el avance es del **100%**

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD.	REF.
		ELABORO	N.M.M

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO
Participación en la implementación de historias clínicas sistematizadas.	100%
Supervisión de actividades de hospitalización de forma adecuada con el fin de evitar glosas	100%
Aumento del porcentaje ocupacional	100%
Ejecutar estándares priorizados en medicina interna.	100%
Implementar las guías y protocolos del servicio	100%
Realizar informes mensuales del avance del POA.	100%
Asignación de actividades de enfermeras y realización de horarios.	100%
Concretar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de medicina interna.	100%
Evaluación en la oportunidad de atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto agudo de miocardio.	100%
Verificación de medicamentos del carro de paro.	100%

POA SERVICIO DE CIRUGÍA: Cuenta con nueve actividades programadas, debido al reajuste, que se realizó, de acuerdo a las directrices que se dieron en el comité de Planeación y Calidad, cumpliéndose en un avance del **93%**

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO
Participación en la implementación de historias clínicas sistematizadas.	93%
Ejecutar y evaluar POA del servicio de cirugía	93%
Oportunidad en la realización de apendicetomías	93%
Implementar las guías y protocolos del servicio	93%
Asignación de actividades de enfermeras y realización de horarios.	93%
Concretar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de cirugía	93%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD. ELABORO	REF. N.M.M

Verificación de medicamentos del carro de paro.	93%
Solicitud de medicamentos e insumos	93%
Asistir a las reuniones de comité programados por planeación	93%

POA SERVICIO DE QUIRURGICA Y ORTOPEDIA: Tiene planeadas 6 actividades con sus metas, estas se cumplieron en un **97%**

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO
Aumentar el porcentaje ocupacional	97%
Ejecutar estándares priorizados en el área de quirúrgica.	97%
Supervisar los procesos de hospitalización de forma adecuada con el fin de disminuir glosas.	97%
Implementar las guías y protocolos propios del servicio	97%
Participar en la implementación de las historias clínicas sistematizadas	97%
Actividades de mejora en la prestación de servicio.	97%
Ejecutar y evaluar POA del servicio de cirugía	97%

POA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA: Se planearon 6 actividades y 6 metas; El nivel de cumplimiento del POA fue de un **99%**

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Aumentar el porcentaje ocupacional	99%
Ejecutar estándares priorizados en el área de pediatría.	
Supervisar los procesos de hospitalización de forma adecuada con el fin de disminuir glosas	99%
Implementar las guías y protocolos propios del servicio	99%
Participar en la implementación de las historias clínicas sistematizadas.	99%
Actividades de mejora en la prestación de servicio.	99%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
		Control Interno	
		COD. ELABORO	REF. N.M.M

POA DEL SERVICIO DE URGENCIAS: De 24 actividades, se reajustaron y programaron 10, cumpliéndose un avance del 97.14%.

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Aumentar el porcentaje ocupacional	97.14
Ejecutar estándares priorizados en el área de urgencias.	97.14
Supervisar los procesos de observación de forma adecuada con el fin de disminuir glosas	97.14
Implementar las guías y protocolos propios del servicio	97.14
Participar en la implementación de las historias clínicas sistematizadas.	97.14
Actividades de mejora en la prestación de servicio	97.14
Atención del paciente	97.14
Realizar informes mensual del P.O.A.	97.14
Verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad en el área de urgencia	97.14
Concertar objetivos de las auxiliares de enfermería de urgencia en carreras administrativas para evaluación del desempeño	97.14

POA DEL SERVICIO DE MATERNIDAD: En el servicio de Maternidad, como el resto de los otros servicios, se reajusto, quedando 9 actividades, **teniendo un avance del 99%**

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Aumentar el porcentaje ocupacional.	99%
Ejecutar estándares priorizados en el área de maternidad.	99%
Implementar las guías y protocolos propios del servicio	99%
Participar en la implementación de las historias clínicas sistematizadas.	99%
Actividades de mejora en la prestación de servicio.	99%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno	COD.	REF.
		ELABORO	N.M.M

Horarios y turnos de asignaciones.	99%
implementar medidas de bioseguridad	99%
Rendir informes	99%
Evaluación de la aplicación de guías de manejo en la atención de parto, como primera causa de egreso hospitalario.	99%

POA DE FISIOTERAPIA

El Plan Operativo de Fisioterapia, tiene planeadas tres actividades, las cuales alcanzaron un porcentaje de cumplimiento del 92.5%

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Aumentar la productividad de los pacientes atendidos	100%
Socializar protocolos	100%
Elaborar protocolos del servicio de fisioterapias	100%
Prestación del servicio con la aplicación de protocolos	70%

INFORME FINAL DEL POA SERVICIO DE LABORATORIO.

El servicio de laboratorio planeo para el 2013 6 actividades, cumpliéndose exitosamente los objetivos y metas trazadas, para el logro de un avance del 100%.

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Aumentar la productividad	100%
Implementar las guías y protocolos propios del servicio	100%
Actividades de mejora en la prestación de servicio	100%
implementar medidas de bioseguridad	100%
Capacitar al personal en manuales y protocolos	100%
Realizar evaluación de desempeño	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	Control Interno		COD.	REF.
			ELABORO	N.M.M

CUMPLIMIENTO POR ÁREAS

Cumplimiento por áreas de forma general:

ADMINISTRATIVA	CUMPLIMIENTO ENERO –DICIEMBRE		
AREA	< 70	> 70 -89 <	>90
SIAU			119%
GESTION AMBIENTAL			107%
CONTROL INTERNO			104.6%
ARCHIVO DE GESTION			95%
SERVICIOS GENERALES			103%
ADMISIONES			125%
ALMACEN			105%
AUDITORIA DE MEDICAMENTO			101%
SISTEMAS			100%
JURIDICA			100%
AUDITORIA DE CUENTA			100%
CARTERA			97.5%
FACTURACION			97.5%
MANTENIMIENTO			97%
LOGISTICA			97%
CALIDAD			96.7%
APOYO A PLANEACION			96%
CONTABILIDAD			90%
RECURSOS HUMANOS		83%	
ESTADISTICA			100%
TOTAL			100%

ASISTENCIAL	CUMPLIMIENTO JENERO- DICIEMBRE		
AREA	< 70	> 70 -89 <	>90
AREA ASISTENCIAL			106%
URGENCIAS			97.14%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	Control Interno		
			COD. ELABORO

PEDIATRIA			99%
MATERNIDAD			99%
QUIRURGICA Y ORTOPEDIA			97%
CIRUJIA			93%
FISIOTERAPIA			92.5%
CONSULTA EXTERNA			93%
MEDICINA INTERNA			100%
LABORATORIO			100%
TOTAL			97.6%

El promedio de cumplimiento entre las dos aéreas (administrativa y asistencial), es de 98.8%

Lo anterior para su conocimiento y fines que estime pertinente.

Atentamente,

NALDO ANTONIO MEJIA MATUTE
Oficina asesora de control interno.