

## INFORME DE GESTION PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2019

LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO  
Gerente

Villavicencio, enero 31 de 2020

## **EQUIPO DIRECTIVO E.S.E DEPARTAMENTAL “SOLUCION SALUD” DEL META**

Dra. MARÍA DANELA. SOGAMOSO GARCÍA  
Subgerente Asistencial.

ANA JUDITH PARRADO CLAVIJO  
Subgerente Administrativo y Financiera.

LAURA MARCELA CALVO CÓRDOBA.  
Jefe Oficina Asesora Control Interno Disciplinario.

FLORALBA GUATIBA BOBADILLA.  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno.

MARTHA PATRICIA ROMERO GOMEZ.  
Jefe Oficina Asesora Jurídica.

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....   | 4  |
| <b>LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO</b> .....   | 4  |
| <b>1. OBJETIVO-</b> .....   | 5  |
| <b>2. ALCANCE</b> .....   | 5  |
| <b>3. INFORME DE GESTIÓN PLAN DE ACCION 2019.</b> .....   | 5  |
| <b>3.1 Informe de Gestión Asistencial Plan De Acción 2019.</b> .....                              | 5  |
| <b>3.1.1 Estrategia Saludable.</b> .....  | 5  |
| <b>I. Programa 1: Su Salud Segura y Estilos de Vida Saludable.</b> .....                          | 5  |
| <b>II. Programa 2: ESE Materna.</b> .....   | 7  |
| <b>III. Programa 3: Salud Sexual y Reproductiva Segura E Incluyente.</b> .....                    | 9  |
| <b>IV. Programa 4: Por una Vida Saludable.</b> .....  | 10 |
| <b>3.1.2 Estrategia de Atención Segura, Humana E Incluyente.</b> .....                            | 15 |
| <b>I. Programa 1: Atención Segura a los Pacientes.</b> .....                                      | 15 |
| <b>II. Programa 2: Oportunidades Seguras ante los Riesgos de Emergencias y Desastres.</b> .....   | 17 |
| <b>3.1.3 Estrategia de Sostenibilidad Financiera para el Desarrollo de la Empresa.</b> .....      | 19 |
| <b>I. Programa 1. Fortalecimiento Financiero.</b> .....   | 19 |
| <b>3.1.4 Estrategia para una E.S.E Transparente, Fortalecida y de Buen Gobierno.</b> .....        | 31 |
| <b>I. Programa 1: Una ESE Transparente Fortalecida para Todos.</b> .....                          | 31 |
| <b>1. Programa 2: Evaluación y Seguimiento hacia una Gestión por Resultados.</b> .....            | 43 |
| <b>2. Programa 3: Hacia una Cultura Eficiente de Servicio y de Participación Ciudadana.</b> ..... | 59 |
| <b>3. Programa 4: Fortalecimiento Jurídico</b> .....  | 61 |
| <b>4. Programa 5: Control Disciplinario</b> .....   | 61 |

## **INTRODUCCIÓN**

**La E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD**, es una entidad creada mediante Decreto **No. 307 el 3 de agosto de 2003**, expedido por la Gobernación del Departamento del Meta, como Empresa Social del Estado de primer nivel de complejidad de carácter Departamental. Creada como entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, financiera y contable, integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud; sometida al régimen jurídico.

El presente informe tiene como finalidad mostrar la gestión realizada durante la vigencia 2019 mediante de la ejecución de cada una de las actividades descritas en las 4 estrategias a saber: ESTRATEGIA SALUDABLE, ESTRATEGIA DE ATENCION SEGURA, HUMANA E INCLUYENTE, ESTRATEGIA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA PARA EL DESARROLLO DE LA EMPRESA, ESTRATEGIA PARA UNA ESE TRANSPARENTE, FORTALECIDA Y DE BUEN GOBIERNO del Plan Estratégico Institucional.

Los logros y alcances aquí descritos son el producto de un trabajo planificado y coordinado con el recurso humano Asistencial, técnico y profesional de la empresa, el cual se centró en el marco de las políticas de Dirección que a bien tuvo formular desde el inicio de la gestión.

ORIGINAL FIRMADO  
**LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO**  
Gerente

## 1. OBJETIVO-

Evaluar la gestión realizada por la **E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD**, a través del cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción de la vigencia 2019.

## 2. ALCANCE.

Verificar el cumplimiento correspondiente al Plan de Acción de la **E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD**, correspondiente a la vigencia 2017.

## 3. INFORME DE GESTIÓN PLAN DE ACCION 2019.

### 3.1 Informe de Gestión Asistencial Plan De Acción 2019.

Las actividades del plan de acción descritas en esta sección corresponden a las desarrolladas por la Subgerencia Asistencial junto con su equipo de trabajo durante la vigencia 2019, su cumplimiento fue de la siguiente manera:

TOTAL LINEAS EVALUADAS SUBGERENCIA ASISTENCIAL: 40.  
PORCENTAJE DE LINEAS CUMPLIDAS DE LA SUBGERENCIA  $32/40= 80\%$ .

líneas evaluadas a los centros de atención por la subgerencia asistencial: 24  
porcentaje de cumplimiento = **70.8%**.

#### 3.1.1 Estrategia Saludable.

### I. Programa 1: Su Salud Segura y Estilos de Vida Saludable.

#### SUB PROGRAMA 1.1. BIENESTAR SEGURO.

1. **META-PRODUCTO:** Garantizar trato humanizado al usuario y su familia; consolidando los procesos de participación social y servicio al ciudadano.

**INDICADOR DE PRODUCTO:** Número de actividades de humanización desarrolladas en el período.

- **ACCION:** Revisar al programa de humanización "TRATO DIGNO, TRATO HECHO"
- **COMPONENTE:** Ajustar el programa de Humanización

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de implementación de acciones de humanización.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Revisar al programa de humanización "TRATO DIGNO, TRATO HECHO".
- **META / PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 90% Plan de humanización ajustado.
- **CUMPLIMIENTO: 90%**

**OBSERVACIONES:** se ajustó el plan de humanización quedando para revisión y aprobación por parte de la gerencia.

**2. META PRODUCTO:** Fortalecer los programas de Promoción y Prevención de la E.S.E Departamental Solución Salud.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Proporción de pacientes que hacen parte de los diferentes programas implementados.
- **ACCION:** Disponer de la capacidad científica de acuerdo a las metas contratadas.
- **COMPONENTE:** Cumplir con las metas contratadas para PyP.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cumplimiento de metas de PyP.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de pacientes atendidos por programas / total de usuarios en las bases de datos por programa de la EPS.
- **META / PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80 % del cumplimiento de las metas de los programas de PyP

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL              |
|-----------------|------------|------------------------------|
| 80%             | 26%        | 140677 / 212084   <b>66%</b> |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION: 66%**
- **OBSERVACIONES:** El indicador de cumplimiento de metas de promoción y prevención no se logró, pero se observó un mejoramiento al pasar del 26% de la Línea Base al 40%. Este incremento su incremento se dio gracias a la negociación de las metas con los reflejado por la negociación de metas reales lo cual llevo a la disminución en el denominador, ya que se trabajó con base de datos de población real.

No se logra la meta del 80% debido a la dificultad en la contratación de talento humano para ejecutar las metas pactadas con las EPS, otra dificultad que se evidencio fue la debilidad fue el sistema de información, el cual no ayuda con la

ejecución, seguimiento, control de las actividades, así como la no generación de los reportes de Ley.

**3. META PRODUCTO:** Desarrollar un programa de prevención del Cáncer.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Cobertura del programa de prevención de cáncer.
- **ACCION:** Socialización de la Resolución 1442 de 2013.
- **COMPONENTE:** Resolución socializada.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de médicos con resolución socializada / total de médicos.
- **META / PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 90% médicos con resolución socializada.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 50%             | 0%         | 73 / 73         | 100% |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION:** 100%
- **OBSERVACIONES:** Las guías de esta resolución se socializan y se hace entrega en medio magnético a cada médico previa firma de acta, se inicia desde la inducción del profesional médico.

**II. Programa 2: ESE Materna.**

**SUB PROGRAMA 2.1. RECUPERAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**

1. **META PRODUCTO:** Implementar la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia -IAMII- en los 17 Centros de Atención de la E.S.E Solución Salud.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Sumatoria (% resultado Autoevaluación estrategia IAMII en cada Centro de Atención) / 17.
  - **ACCION:** Dar continuidad a la estrategia IAMII en los 14 Centros de Atención.
  - **COMPONENTE:** Implementación de la estrategia.
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de líneas cumplidas / total líneas de la estrategia.
  - **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 60% de la estrategia IAMII implementada.

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de líneas cumplidas / total líneas de la estrategia.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |            |
|-----------------|------------|-----------------|------------|
| 60%             | 42%        | 130 /160        | <b>81%</b> |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION:** 81%
- **OBSERVACIONES:** Se logra la meta para 16 IPS, todos tienen implementación superior al 60%. Puerto Gaitán no es evaluado.

**2. META PRODUCTO:** Lograr la certificación de 3 Centros de Atención como IPS IAMI.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** N° de Centros de Atención Certificados como IAMII.
- **ACCION:** Dar inicio al fortalecimiento de la estrategia IAMII en los Centros de Atención de Cumaral, Puerto Lleras y Mesetas con miras a la certificación de estos por parte del Ministerio de Salud.
- **COMPONENTE:** Estrategia fortalecida en los Centros de Atención de Cumaral, Puerto Lleras y Mesetas.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de implementación estrategia IAMII.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 3 Centros Certificados
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** # de líneas cumplidas / total líneas de la estrategia.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 60%             | 42%        | 56,6 / 80       | 65% |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN:** 65%.
- **OBSERVACIONES:** De acuerdo a la actualización realizada por el gobierno nacional a la estrategia IAMII en agosto del 2016, en la vigencia 2017 la empresa actualizo la resolución que adopto la estrategia, a la par se solicitaron las autoapreciaciones a los directores de los tres Centros de Atención priorizados. La autoapreciación mostro una implementación del 83% en promedio. Con este resultado reportado por la IPS se supera el 65% de la implementación requerida para para solicitar las evaluaciones externas, requisito que le corresponde cumplir el ente territorial.



La empresa continuara fortaleciendo esta estrategia buscando mejorar sus indicadores de desempeño frente a la calidad esperada y fortalecer su personal disminuyendo la alta rotación ya que esto afecta el desarrollo de la misma.

### III. Programa 3: Salud Sexual y Reproductiva Segura E Incluyente.

#### Subprograma 3.1: PROMOCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA.

1. **META PRODUCTO:** Mejorar la adherencia al protocolo de atención materna perinatal a un promedio de 80% en los 17 Centros de Atención adscritos al E.S.E Solución Salud del Meta.
  - **INDICADOR DE PRODUCTO:** Promedio de resultado de adherencia en protocolo de atención materno perinatal.
  - **ACCION:** Realizar auditoria al 25% de las gestantes en control prenatal.
  - **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención.
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de atención prenatal según las GPC y res 412 de 2000.
  - **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% de HC con Adherencia a la guía de atención prenatal según las GPC
  - **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de mujeres en control prenatal.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 80%             | 60%        | 516 / 682       | 76% |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN:** 76%.
  - **OBSERVACION:** Se viene ajustando el sistema de información y las historias clínicas de gestantes se encuentran más completas, pero aun se presentan debilidades en el sistema de información al respecto. Se evidencio incumplimiento de la resolución que aprobó el comité materno perinatal por en los Centros de Atención del El Calvario y San Juanito a pesar que realizan las actividades.
2. **META PRODUCTO:** Mejorar la adherencia al protocolo de atención a sífilis gestacional a 100% en los 17 Centros de Atención adscritos a la E.S.E Solución Salud del Meta.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de adherencia a la guía de sífilis gestacional.
- **ACCION:** Realizar auditoria al 100% de las HC de mujeres diagnosticadas con sífilis gestacional.
- **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de sífilis gestacional.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 90% de HC con Adherencia a la guía de sífilis gestacional.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de mujeres diagnosticadas con sífilis gestacional.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 100%            | 0%         | 15 / 19         | 79% |

- **CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN:** 79%.
- **OBSERVACION:** durante la vigencia 2019 se incrementaron los casos de sífilis gestacional pasando de 15 casos en el 2018 a 19 para el 2019 lo que representa un incremento del 21%, este incremento se debe al ingreso de gestantes venezolanas, igualmente se evidencio mediante las historias clínicas falta de seguimiento atribuible al poco personal asistencial en los Centros de Atención.

#### IV. Programa 4: Por una Vida Saludable.

##### Subprograma 4.1: MEJORANDO CONDICIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE.

1. **META PRODUCTO:** Cumplimiento estricto de la norma técnica del PAI en 17 centros de Atención.
  - **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de IPS que ofertan el servicio de vacunación con seguimiento.
  - **ACCION** vincular personal auxiliar de enfermería que cumpla con la certificación de competencias en vacunación para el programa PAI para cada centro.
  - **COMPONENTE:** Personal idóneo en los servicios de vacunación.
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de personal certificado en competencias PAI.
  - **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 100% del personal nuevo vinculado certificado en competencias PAI

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** personal certificado/total vinculado en programa de vacunación.

| META / PRODUCTO   | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |             |
|---|------------|-----------------|-------------|
| 100% del personal nuevo vinculado certificado en competencias PAI | 0%         | 19 / 19         | <b>100%</b> |

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **OBSERVACION:** La actividad se cumple en los todos los Centros de Atención, la ESE cuenta con personal certificado en los programas de vacunación, en total son 19 auxiliares en los programas de vacunación (2 en Cumaral y 2 en Puerto Gaitán).

2. **META PRODUCTO:** Seguimiento a los programas de TB en los 17 Centros de Atención adscritos al E.S.E Solución Salud del Meta.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- **ACCION:** Verificar el cumplimiento de los lineamientos del programa en cada centro de atención
- **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención de TB
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de adherencia a guías
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 90% Porcentaje de adherencia a guías de TB
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de pacientes diagnosticados con TB

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |            |
|-----------------|------------|-----------------|------------|
| 100%            | 0%         | 44 / 47         | <b>94%</b> |

- **CUMPLIMIENTO: 94%**
- **OBSERVACION:** En el 2019 no se presentaron casos de tuberculosis para tratamiento en los centros de atención del Calvario y San Juanito. Las IPS de San Juan de Arama, Puerto Gaitán y Uribe no cumplieron con la acción, por falta de seguimiento y aplicación de la guía. Los demás Centros de Atención cumplieron.

3. **META PRODUCTO:** Cumplimiento de las metas de captación y detección de sintomáticos respiratorios.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- **ACCION:** Verificar cumplimiento de captación en pacientes de consulta de primera vez mayores de 15 años.
- **COMPONENTE:** Captar el 5% de pacientes de consulta de primera vez para toma de BK en mayores de 15 años
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de captación para BK.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 50% de la meta programada.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Número pacientes con BK / total de pacientes mayores de 15 años atendidos en consulta de primera vez.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 100%            | 0%         | 298 / 1167      | 26% |

- **CUMPLIMIENTO: 26%**
- **OBSERVACION:** La captación de sintomáticos respiratorios es indispensable para identificar los casos de Tuberculosis que día a día se presentan en nuestros municipios. La meta propuesta se estableció a partir de los cálculos de esta población mayor de 15 años, realizada por cada EAPB para cada centro de atención. La medición tiene como fuente la información entregada al Programa de Tuberculosis del Departamento. Incumplimiento en la aplicación de protocolos por parte de los profesionales.

#### 4. **META PRODUCTO:** Éxito en el tratamiento en los pacientes diagnosticados.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con tuberculosis.
- **ACCION:** Verificación del tratamiento de pacientes tratados interinstitucionalmente.
- **COMPONENTE:** Administración completa a pacientes que reciben el tratamiento interinstitucionalmente.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Pacientes debidamente tratados
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% Pacientes debidamente tratados.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Pacientes debidamente tratados con éxito/total pacientes tratados interinstitucionalmente.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 100%            | 0%         | 8 / 8           | 100% |

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **OBSERVACION:** La terminación con éxito del tratamiento de los pacientes tratados con Tuberculosis se evaluó en cada trimestre como parte de una buena adherencia a la guía de Tuberculosis y sus circulares modificatorias. Durante el año 2019 ocho pacientes terminaron su tratamiento.

5. **META PRODUCTO:** Mantener la adherencia al protocolo de dengue en 17 centros de atención adscritos a la E.S.E Solución Salud del Meta.

- **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de cumplimiento de adherencia a la guía de manejo de paciente con dengue.
- **ACCION:** Realizar auditoria a una muestra del 60% de las Historias clínicas de los pacientes diagnosticados con dengue probable o de la totalidad si es < de 10.
- **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de dengue.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% Adherencia a la guía de dengue.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de historias clínicas que cumplen /total de HC seleccionadas de pacientes diagnosticados con dengue probable.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 100%            | 0%         | 944 / 1346      | 70% |

- **CUMPLIMIENTO: 70%**
- **OBSERVACION:** se evidencia incumplimiento en la estricta aplicación de protocolos por parte de los profesionales. Es de anotar que no se presentaron muerte probable por dengue en la ESE Solución Salud como consecuencia de algún mal manejo por parte de nuestros médicos, lo cual hace que el objetivo final se haya cumplido, lo anterior nos compromete para las próximas vigencias fortalecer el programa de capacitación, seguimiento y evaluación en la correcta aplicación de os protocolos.

6. **META PRODUCTO:** Seguimiento de los casos presentados por ataque de animales potencialmente transmisores de rabia, dando cumplimiento a la guía de atención de pacientes agredidos por animales.

- **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de cumplimiento adherencia a la guía de rabia.
- **ACCION:** Realizar auditoria al 100% de las HC de pacientes notificados como casos de agresión animal
- **COMPONENTE:** Cumplimiento de la guía de atención de rabia
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Adherencia a la guía de rabia.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% Adherencia a la guía de rabia
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** número de historias clínicas que cumplen /total de HC de casos de agresión animal.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 100%            | 0%         | 248 / 397       | 62% |

- **CUMPLIMIENTO: 62%**
  - **OBSERVACION:** La adherencia a la guía de atención de agresión animal para prevención de ocurrencia de casos de rabia humana, se realizó en 397 casos atendidos. Se evidencio incumplimiento en la estricta aplicación de protocolos por parte de los profesionales.
7. **META PRODUCTO:** Realizar seguimiento al desarrollo del proceso de Referencia y contrareferencia.

- **INDICADOR DE PRODUCTO** Porcentaje de Seguimiento al Proceso de Referencia y Contra referencia.
- **ACCION:** Los líderes del proceso de Referencia y Contrareferencia de cada uno de los Centros de Atención diligenciaran el formato FR-RyC 09 simultáneamente como se va desarrollando la remisión.
- **COMPONENTE:** Formato FR-RyC 09 debidamente diligenciado.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Formato diligenciado.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% de comités analizados
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Numero de formatos FR-RyC debidamente diligenciados y enviados al nivel central / 17

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-----------------|------------|-----------------|-----|
| 100%            | 40%        | 177 / 192       | 92% |

- **CUMPLIMIENTO: 92%**

- **OBSERVACIONES:** La actividad si bien durante la vigencia no alcanzó la meta, pero se observa un incremento de 18% frente al año anterior obtenido un avance considerable para el logro durante la vigencia.
- **ACCION:** Informe trimestral del proceso de referencia
- **COMPONENTE:** Análisis de informes trimestral
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe Trimestral del proceso de referencia por centro de atención.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 4 Informe de análisis de referencia y contrarreferencia.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe trimestral de análisis de referencia y contrarreferencia.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 100%            | 100%       | 4 / 4           | 100% |

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **OBSERVACIONES:** El líder del proceso de referencia del Nivel Central consolida los informes enviados por los Centros de Atención y los presentó a la Gerencia y a la Oficina Asesora de Planeación

### 3.1.2 Estrategia de Atención Segura, Humana E Incluyente.

#### I. Programa 1: Atención Segura a los Pacientes.

- **Subprograma 1: POR UNA ATENCIÓN SEGURA EN SALUD.**
- 1. **META PRODUCTO:** Realizar la investigación y análisis de incidentes y eventos adversos.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Aplicar el protocolo de análisis a los eventos adversos e incidentes ocurridos en cada centro.
- **ACCION:** Aplicar el protocolo de análisis a los eventos adversos e incidentes ocurridos en cada centro.
- **COMPONENTE:** Realizar la gestión del evento adverso e incidente
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de cumplimiento en el análisis.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 90% de cumplimiento de las funciones del comité.

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de eventos adversos e incidentes analizados y con plan de mejoramiento / total de eventos adversos e incidentes ocurridos.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 100%            | 0%         | 56 / 56         | 100% |

- **CUMPLIMIENTO: 100%**

2. **META PRODUCTO:** Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la prestación del servicio.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud
- **ACCION:** Garantizar la preparación del Centro de Atención (personal, dotación) ante alertas en el servicio de urgencias
- **COMPONENTE:** Realizar un simulacro semestral de código rojo y código azul.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Simulacros de código azul y código rojo ejecutados.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 2 simulacros de código rojo ejecutados. 2 simulacros de código azul ejecutados
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de simulacros de código rojo ejecutados / simulacros de código rojo programados. Número de código azul ejecutados/ simulacros de código azul programados.

| META / PRODUCTO                        | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|--|------------|-----------------|-----|
| 2 simulacros de código rojo ejecutados | 0%         | 48 / 64         | 75% |
| 2 simulacros de código azul ejecutados |            |                 |     |

- **CUMPLIMIENTO: 75%**
- **OBSERVACION:** Actividad que se cumple por lo menos una vez en cada IPS, en el año se considera que se obtiene un buen porcentaje de cumplimiento, toda vez que es un proceso nuevo para las IPS.
- **ACCION:** Aplicar lista de chequeo al proceso de esterilización, analizar resultado y elaborar y ejecutar plan de mejoramiento
- **COMPONENTE:** Análisis en comité de infecciones y seguridad del paciente



- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** porcentaje de cumplimiento de la lista de chequeo de esterilización FR-ESTERI 05 "Lista de Chequeo Proceso de esterilización".
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 100% de Cumplimiento en el proceso de Esterilización
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. Hallazgos mejorados/  
Total de hallazgos detectados.

| META / PRODUCTO  | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|--|------------|-----------------|------|
| 1 informe Consolidado de resultados del plan de mejoramiento | 0%         | 4 / 4           | 100% |

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **OBSERVACION:** Se cumple la actividad que se realiza para garantizar procesos mejoramiento en el área de atención segura en la ESE SOLUCION SALUD.
- **ACCION:** Fortalecer el proceso de aseo y desinfección de áreas.
- **COMPONENTE:** Elaborar socializar y aplicar listas de chequeo limpieza y desinfección y analizar en el comité de GAGAS
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de cumplimiento de la lista de chequeo de aseo, limpieza y desinfección.
- **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 80% de cumplimiento en el proceso de aseo y desinfección de áreas.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. Hallazgos mejorados/  
Total de hallazgos detectados.

| META / PRODUCTO  | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|--|------------|-----------------|-----|
| 1 informe Consolidado de resultados del plan de mejoramiento | 0%         | 500 / 814       | 61% |

- **CUMPLIMIENTO: 61%**
- **OBSERVACION:** La Macarena, Calvario y San Juanito no presentaron.

## **II. Programa 2: Oportunidades Seguras ante los Riesgos de Emergencias y Desastres**

- **Subprograma 1: GARANTIZANDO LA SEGURIDAD DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

1. **META PRODUCTO:** Contextualizar el plan de emergencias en cada uno de los diecisiete (17) Centros de Atención y el Nivel Central, empoderando a cada uno de los funcionarios al proceso.
  - **INDICADOR DE PRODUCTO:** Plan de emergencia contextualizado.
  - **ACCION:** Actualizar los 17 planes hospitalarios de emergencias en los Centros de Atención pertenecientes a la E.S.E Solución Salud.
  - **COMPONENTE:** 17 planes actualizados
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 17 planes actualizados
  - **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 17 planes de emergencia contextualizados.
  - **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** 17 actualizados.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 17 planes.      | 17 planes. | 17 / 17         | 100% |

**CUMPLIMIENTO: 100%**

2. **META PRODUCTO:** Realizar seguimiento y capacitación al Plan Hospitalario de Emergencias para la Gestión del Riesgo en los 17 centros de atención.
  - **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de capacitación del Plan Hospitalario de Emergencias para la Gestión del Riesgo Res 330 de 2016.
  - **ACCION:** ejecutar simulacros de Planes Hospitalarios de Emergencias para la Gestión del Riesgo en los 17 centros de atención
  - **COMPONENTE:** Garantizar una adecuada preparación en caso de presentarse una emergencia.
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 3 simulacros ejecutados por Centro de Atención
  - **META PRODUCTO PLAN DE ACCIÓN:** 3 simulacros por Centro de Atención
  - **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** simulacros realizados por Centro de Atención / 3 simulacros por Centro de Atención.

| META / PRODUCTO                     | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |     |
|-------------------------------------|------------|-----------------|-----|
| 3 simulacros por Centro de Atención | 5%         | 29 / 48         | 60% |

- **CUMPLIMINETO: 60%**
- **OBSERVACION:** Frente al 2018 se observa un incremento de 55%, se dará continuidad a la actividad durante la vigencia 2020.

De acuerdo a la evaluación realizada por la Subgerencia Asistencial encuentra el cumplimiento del Plan de Acción 2019 por los Centros de Atención fue:

| IPS               | % CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCION |
|-------------------|-------------------------------|
| CABUYARO          | 92%                           |
| SAN JUAN DE ARAMA | 88%                           |
| CUMARAL           | 84%                           |
| BARRANCA DE UPIA  | 79%                           |
| EL CASTILLO       | 79%                           |
| LEJANIAS          | 79%                           |
| MAPIRIPAN         | 79%                           |
| PTO LLERAS        | 76%                           |
| URIBE             | 75%                           |
| MESETAS           | 71%                           |
| RESTREPO          | 71%                           |
| PTO CONCORDIA     | 67%                           |
| VISTA HERMOSA     | 67%                           |
| EL CALVARIO       | 63%                           |
| LA MACARENA       | 54%                           |
| SAN JUANITO       | 54%                           |

### 3.1.3 Estrategia de Sostenibilidad Financiera para el Desarrollo de la Empresa.

**OBJETIVO:** Adoptar herramientas gerenciales e institucionales que permitan a los responsables de los procesos direccionar el desarrollo y cumplimiento de las metas del Plan Estratégico.

#### I. Programa 1. Fortalecimiento Financiero.

- **SUB PROGRAMA 1: OPTIMIZACIÓN DE LOS INGRESOS.**
- **INDICADOR:** ANALIZAR TRIMESTRALMENTE LOS INDICADORES PARA HACERLE SEGUIMIENTO.
- 1. **META/PRODUCTO:** Mantener una estabilidad de este indicador y nunca ser inferior a 1% (anual).
- **FORMULA INDICADOR:** Activo Corriente/Pasivo Corriente.
- **LINEA BASE:** 2.60%
- **RESPONSABLE:** CONTABILIDAD

#### **OBSERVACIONES:**

##### **a. Razón corriente**

$$\text{Razon corriente} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}}$$

$$\text{Razón Corriente: } \frac{\$16.392}{\$11.206} = \$1,46$$

$$\text{Razón Corriente} = \$ 1.46$$

- **CUMPLIMINETO: 100%**
  - **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, la ESE Solución Salud por cada peso de obligación vigente cuenta con 1.46 pesos para respaldarla, este indicador disminuyo respecto al del mismo periodo del año 2018. En el saldo del pasivo corriente se encuentran registrados los saldos por pagar a proveedores, acreedores, nómina del mes de septiembre de 2019 y las provisiones de las prestaciones sociales causadas a 30 de septiembre de 2019 y las provisiones para pagos de recobros de los servicios de salud prestados por las diferentes IPS públicas que ya se encuentran auditados y aceptados, así como la provisión de los nuevos procesos de demandas en alto riesgo de pérdida en contra de la ESE según la certificación e informe entregado por el área jurídica, correspondiente al corte del tercer trimestre de 2019.
2. **META/PRODUCTO:** Mantener una estabilidad de este indicador y ser siempre superior a \$ 0 (anual).
- **FORMULA INDICADOR:** Activo Corriente - Pasivo Corriente.
  - **LINEA BASE:** 0.
  - **RESPONSABLE:** CONTABILIDAD

OBSERVACIONES:

#### **b. Capital de Trabajo**

$$\text{Capital de Trabajo} = \text{Activo corriente} - \text{Pasivo corriente}$$

$$\text{Capital de Trabajo: } \$16.392 - \$ 11.206 = \$ 5.186$$

$$\text{Capital de Trabajo} = \$ 5.186$$

- **CUMPLIMINETO: 100%**
- **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, la ESE Solución Salud una vez cancele el total de sus obligaciones corrientes, le quedaran \$ 5.186 millones de pesos para atender las

obligaciones que surgen en el normal desarrollo de su actividad económica. Lo anterior se logra con una buena gestión de cobro de la cartera para convertirla en efectivo.

3. **META/PRODUCTO:** Mantener una estabilidad de este indicador y nunca ser inferior a 1% (anual).
  - **FORMULA INDICADOR:** (Activo Corriente - Inventario/Pasivo Corriente)
  - **LINEA BASE:** 0.
  - **RESPONSABLE:** CONTABILIDAD

OBSERVACIONES:

**a. Prueba Acida**

$$\text{Prueba Acida} = \frac{\text{Activo corriente} - \text{Inventarios}}{\text{pasivo corriente}}$$

$$\text{Prueba Acida} = \frac{16,392 - 1,392}{11,21} = \frac{15,00}{11,21} = 1,34$$

Prueba Acida: \$ 1.33

- **CUMPLIMIENTO: 100%.**
  - **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, la ESE cuenta con \$ 1.33 para respaldar sus obligaciones corrientes sin necesidad de liquidar y vender sus inventarios.
4. **META/PRODUCTO:** Mantener el 100% de Elaboración y presentación oportuna de los informes pertinentes para los entes de control.
    - **INDICADOR:** PORCENTAJE EN LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INFORMES.
    - **FORMULA INDICADOR:** No. De informes revisados/No. De informes por presentar a Entes de Control\*100
    - **LINEA BASE:** 100%
    - **RESPONSABLE:** CONTABILIDAD
- **CUMPLIMIENTO: 100%.**
  - **OBSERVACIONES:** Se presentaron los siguientes informes.
- i. DIAN – Declaración Mensual de Retención en la Fuente a Título de Renta (junio, julio, agosto de 2019). Se presentaron oportunamente dentro de los plazos estipulados por la DIAN.

- ii. 2) Gobernación del Meta. – Estampillas Procultura, Prodesarrollo, Proturismo, Pro Unillanos, Adulto Mayor y Pro-Unillanos.  
Se elaboró el reporte para pago de las Estampillas de los meses de junio, julio y agosto de 2019 y se entregó al área de tesorería antes de las fechas de vencimiento para pago o sea los cinco primeros días de cada mes.

Tesorería es la encargada de realizar el pago y presentar los reportes respectivos ante los Institutos y Gobernación del Meta según el caso.

- iii. Alcaldía de Villavicencio – Retención de Industria y Comercio.  
Se realizó la presentación de la Declaración de Retención de ICA, junio, julio y agosto de 2019 de las Retenciones de ICA mensual y bimensual de los 18 Municipios y se entregó a Tesorería para el pago respectivo y radicación a las Alcaldías pertinentes.  
Se entregó al área de tesorería para que realizara los respectivos pagos y envío de las declaraciones a las secretarías de hacienda de los Municipios dentro de los plazos estipulados.
- iv. Contaduría General de la Nación – CHIP: Informes del tercer Trimestre de 2019.  
Se presentó los informes pertinentes con vencimiento en el tercer trimestre de 2019 dentro del plazo exigido.
- v. Ministerio de Salud y Protección Social – SIHO: Tercer trimestre de 2019.  
Los informes con vencimientos en el Tercer trimestre de 2019. Se presentó dentro del plazo exigido.
- vi. Informe para el Monitoreo y Seguimiento del PSFF correspondiente al Tercer trimestre de 2019 en lo referente a pago de Pasivos, elaborado y presentado ante la C.G.N. a través de la plataforma del CHIP.  
Se elaboró y presentó el informe correspondiente al pago de pasivos del tercer trimestre de 2019 con su respectivo informe ejecutivo sobre las medidas del P.S.F.F. de acuerdo a la estructura del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y a través de la plataforma del CHIP.
5. META/PRODUCTO: Recaudar anualmente el 60% del total de los ingresos por venta de servicios de salud.

- **INDICADOR: % RECAUDADO POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD.**
- **FORMULA INDICADOR:** (Ingresos recaudados por venta de servicios de salud/Ingresos totales recaudados durante el periodo) X100
- **LINEA BASE:** 56
- **RESPONSABLE:** TESORERIA

## FORMULA

$$\frac{\text{Ingresos recaudados por venta de servicios de salud}}{\text{Ingresos totales recaudados durante el periodo}} = \frac{9.995.384.168}{10.995.396.728} = 90,91\%$$

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, del total recaudado (\$10.995.396.728) el 90.91% (\$9.995.384.168) corresponde a venta de servicios de salud, de los cuales, el 53% es del régimen subsidiado gracias a los giros directos del Ministerio de Salud y Protección Social y el 24% son ingresos de los Planes de Intervenciones colectivas.

6. **META/PRODUCTO:** 100% Auditados.

- **INDICADOR: BOLETINES DE CAJA.**
- **FORMULA INDICADOR:** No. Auditorías Realizadas por Centros de Atención/ Total de Centros de Atención.
- **LINEA BASE:** 0
- **RESPONSABLE:** TESORERIA
- **CUMPLIMIENTO:** 100%
- **OBSERVACIONES:** La auditoría a los recaudos en los centros de atención de la ESE Solución Salud se realiza con base en los reportes de caja generados en los sistemas de información Hosvital y Seven, comparados entre sí y a su vez validados con los extractos bancarios. Se cumple con el 100% de las auditorías.

7. **META/PRODUCTO:** Evaluar el comportamiento del recaudo Vs. Los reconocimientos

- **INDICADOR: PORCENTAJE DE RECAUDO**
- **INDICADOR1:** Porcentaje recaudado/ Reconocimientos.
- **INDICADOR2:** Valor reporte por recibos de Caja Centros de Atención/Valor Consignado en el mes Centros de Atención.
- **RESPONSABLE:** TESORERIA

### FORMULA1

$$\frac{\text{Porcentaje recaudado}}{\text{Reconocimientos}} = \frac{10.995.396.728}{13.089.021.309} = 0.84$$

### FORMULA2

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

☎ PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

🌐 [www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

✉ [gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

$$\frac{\text{Valor reporte por recibos de Caja Centros de Atención}}{\text{Valor Consignado en el mes Centros de Atención}} = \frac{66.601.015}{67.761.415} = 0.98$$

- **CUMPLIMINETO:**
- **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, se recaudó el 84% del total reconocido/facturado. Es de anotar que el cálculo de los reconocimientos al elaborar manualmente la ejecución de ingresos, se toma del reporte enviado por el área de facturación o contabilidad, si hay anulación o ajustes de facturas deben informarlo para tomar el saldo para el reconocimiento.

Durante el año se recaudó en los Centros de Atención un total de \$67.761.415,00 de los cuales reportaron consignaciones por \$66.601.015,00, es decir, el 98.29% quedando pendiente por consignar los recaudos de los últimos días del mes de septiembre, lo cuales ingresaron en los primeros días del mes de octubre/2019.

8. META/PRODUCTO: Recuperar anualmente el 20% de la cartera corriente y mayor de 360 días.

- **INDICADOR: PORCENTAJE DE CONCILIACIONES REALIZADAS**
- **LINEA BASE:** 3%
- **FORMULA INDICADOR:** número de conciliaciones realizadas/número de conciliaciones programadas x 100
- **RESPONSABLE:** CARTERA – AUDITORIA CUENTAS MEDICAS
- **FORMULA:** (14/14) \* 100= 100%
- **CUMPLIMIENTO** 100%
- **OBSERVACIONES:** Se gestiona ante las entidades EPS, las respectivas mesas de trabajo para adelantar las conciliaciones de cartera teniendo como base 3 conciliaciones para realizar en el trimestre; en cumplimiento a lo programado se realizó cruce de cartera y conciliación con las siguientes entidades:

| EPS                           | VALOR     | ACEPTADO  | RATIFICADO | PAGAR ERP | FECHA      | OBSERVACION |
|-------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|
| CONVIDA                       | 1.273.800 | -         | -          | 1.273.800 | 17/07/2019 | GLOSAS      |
| ASMET SALUD CALDAS            | 2.039.150 | 26.650    | -          | 2.012.500 | 12/08/2019 | GLOSAS      |
| SECRETARIA SALUD CUNDINAMARCA | 2.936.500 | 2.820.800 | -          | 115.700   | 20/08/2019 | GLOSAS      |
| ASMET SALUD CESAR             | 1.290.800 | 387.240   | -          | 903.560   | 21/08/2019 | GLOSAS      |
| COMFENALCO VALLE              | 15.200    | -         | -          | 15.200    | 30/08/2019 | GLOSAS      |
| COMPARTA                      | 9.825.645 | 2.481.900 | -          | 7.343.745 | 05/09/2019 | GLOSAS      |



|                            |             |            |   |            |            |                  |
|----------------------------|-------------|------------|---|------------|------------|------------------|
| NUEVA EPS                  | 39.568.575  | 10.212.568 | - | 29.356.007 | 09/09/2019 | RECOBROS I NIVEL |
| FONDO FINANCIERO DISTRITAL | 86.700      | 86.700     | - | -          | 05/07/2019 | GLOSAS           |
| FONDO FINANCIERO DISTRITAL | 454.600     | 454.600    | - | -          | 05/07/2019 | GLOSAS           |
| CAJACOPI                   | 52.457.792  | 26.228.896 | - | 26.228.896 | 01/05/2019 | GLOSAS           |
| COMPARTA                   | 14.819.434  | 1.174.713  | - | 13.644.721 | 25/09/2019 | RECOBROS I NIVEL |
| TOTALES                    | 124.768.196 | 43.874.067 | - | 80.894.129 |            |                  |

| EPS           | FECHA      | OBSERVACION   |
|---------------|------------|---------------|
| CAPITAL SALUD | 19/09/2019 | CRUCE CARTERA |
| MEDIMAS       | 04/09/2019 | CRUCE CARTERA |
| NUEVA EPS     | 09/09/2019 | CRUCE CARTERA |

Anexamos copia actas de conciliación

FORMULA:

$$\frac{\text{No. Conciliaciones realizadas}}{\text{No. Conciliaciones programadas}} * 100 = \frac{14}{14} * 100 = 100$$

• **CUMPLIMINETO:**

9. META/PRODUCTO: Recuperar anualmente el 20% de la cartera corriente y mayor de 360 días.

• **INDICADOR:** INFORME TRIMESTRAL SOBRE LIQUIDACION DE CONTRATOS CON LAS EPS

• **LINEA BASE:** 0

• **FORMULA INDICADOR:** número de requerimientos a las EPSs para liquidar contratos/número total de contratos finalizados en trimestre anterior.

• **RESPONSABLE:** MERCADEO.

• **CUMPLIMINETO:** 1005

• **OBSERVACIONES:** Al cierre del periodo, no vencieron contratos en este periodo, se adelantó mesa de trabajo con Cajacopi para la liquidación de las vigencias 2017 y 2018, pero está pendiente la firma del acta final porque falta la conciliación de los descuentos por incumplimiento de metas de PyP y Recobros, trabajo que debe adelantar los líderes de PyP y los auditores de cuentas medicas de ambas empresas, en el mes de agosto se iniciaron los procesos con CAJACOPI, por las glosas descontadas sin concertación por la EPS, y descuentos injustificados por incumplimiento de metas de pyp recuperando

para la empresa la suma de \$541.000.000 y con el compromiso de seguir revisando las vigencias 2017 y 2018.

Igualmente se ha solicitado mediante oficio la liquidación de los contratos capitados y las EPS no muestran intereses en liquidar las vigencias anteriores y se ha informado de la falta de interés de las EPS, se ha informado a la secretaria departamental de salud, gobernación, ministerio de salud y superintendencia para que a través de ellos se logre la liquidación de los contratos y se pueda depurar la cartera.

10. **META/PRODUCTO:** Recuperar anualmente el 20% de la cartera corriente y mayor de 360 días.

- **INDICADOR:** RECUPERACION DE CARTERA
- **LINEA DE BASE:** 0
- **FORMULA INDICADOR:** Valor recuperado de la cartera /Total cartera menor a 360 días.
- **RESPONSABLE:** CARTERA

**FORMULA**

OBSERVACIONES: Tomando como fuente la ejecución de ingresos, para este componente la cartera por recuperar menor a 360 días corresponde \$ 9.988.303.510 y la cartera recuperada acumulada es de \$2.999.346.254.96, demostrando una recuperación de un 30%.

| RUBRO  | VALOR RECUPERADO DE LA CARTERA / Total cartera menor a 360 días |               |
|--|---|---------------|
| 1112211  | Recaudo acumulado   | 2.999.346.255 |
| 01240001   |   |               |
| $\frac{\text{cartera recuperada}}{\text{cartera menor a 360 días con corte a 31 de diciembre de 2018}} = \frac{2.999.346.255}{9.988.303.510} = 30\%$ |   |               |

- **CUMPLIMINETO:**
- **OBSERVACIONES:** La acción para alcanzar la meta se evidencia mediante circularización de cobro de cartera a entidades tales como: Municipios, ARP, Entidades del Régimen Contributivo, Entidades del Régimen Subsidiado, Entidades Públicas y Privadas, Régimen Especial, SOAT Departamentos; visitas y correos electrónicos.

11. **META/PRODUCTO:** Recuperar anualmente el 20% de la cartera corriente y mayor de 360 días.

- **INDICADOR:** ESTADO DE CARTERA EN ESTADO PREJURIDICO
- **LINEA DE BASE:** 0
- **FORMULA INDICADOR:** cartera recuperada/cartera entregada.

- **CUMPLIMIENTO: 100%**
- **RESPONSABLE: CARTERA**

OBSERVACIONES: Para el periodo se tienen los siguientes contratos para cobro pre jurídico con una cartera entregada así:

**TRABAJOS EMPRESARIALES CORPORATIVOS SAS CONTRATO 381 DE 2017.**

| CARTERA PARA COBRO JURIDICO MAYOR A 36 DIAS FACTURACION A MARZO 2016 |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| JURIDICA   | ENTIDAD  | SALDO CARTERA MAYOR A 360 DIAS |
| GC   | CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.                            | 134.027.611,60                 |
| GC   | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANT (EVENTO)               | 53.730.378,89                  |
| GC   | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR                              | 6.563.059,00                   |
| GC   | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA                              | 211.104.736,00                 |
| GC   | CAPRESOCA E.P.S.   | 68.490.537,00                  |
| GC   | COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.                              | 213.135.741,00                 |
| GC   | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS-I                            | 40.263.531,00                  |
| GC   | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.                                | 288.783.241,00                 |
| GC   | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RE                        | 205.093.846,00                 |
| GC   | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. | 77.653,00                      |
| GC   | SALUDVIDA S.A. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS                        | 159.989.009,00                 |
|  | <b>TOTAL</b>   | <b>1.381.259.343,49</b>        |

Al cierre del periodo de acuerdo a certificación de tesorería y cartera los ingresos económicos por recaudo de cartera liquidados para pago por el presente contrato fueron de \$182.315.697, sobre las entidades entregadas para gestión de cobro de cartera mayor a 360 días, según objeto del Contrato por Prestación de Servicios No 635 de 2018 suscrito entre la ESE Departamental del Meta Solución Salud y TRABAJOS EMPRESARIALES CORPORATIVOS SAS.

• **SUBPROGRAMA 2 RACIONALIZACION DEL GASTO.**

1. META/PRODUCTO: Dar cumplimiento del 100% a las metas establecidas en las acciones de mejoramiento para superar los hallazgos encontrados en las auditorías externas relacionadas con el área financiera.

- **INDICADOR: PORCENTAJE DE COMPROMISOS**
- FORMULA INDICADOR1: Compromisos realizados/Total Presupuesto Gastos.
- FORMULA INDICADOR2: Compromisos/Recaudo
- LINEA BASE: 0
- RESPONSABLE: PRESUPUESTO

**FORMULA 1**

OBSERVACIONES: se comprometieron \$40.489.113.171 de enero a junio de 2019 y un total acumulado de presupuesto para la vigencia de \$54.090.911.755 Lo que nos indica que se comprometió un **75.5%** del total presupuestado.

$$\frac{\text{Compromisos a Diciembre}}{\text{Presupuesto para la vigencia}} = \frac{40.489.113.171}{54.090.911.755} = 75.5\%$$

## FORMULA 2

OBSERVACIONES: Los gastos (Registro Presupuestal) están por encima de los recaudos a septiembre de 2019 nos da como indicador de 1.24 en este momento el equilibrio no es viable, porque la mayor contratación se efectúa en los primeros meses del año y los recaudos no son los esperados.

$$\frac{\text{Compromisos a Diciembre}}{\text{Recaudos a Diciembre}} = \frac{40.489.113.171}{32.704.848.545} = 1.24$$

De acuerdo a la formula referente al equilibrio presupuestal encontramos que por cada peso recaudado estamos gastando 1.35 un peso con sesenta y siete centavos.

- **CUMPLIMIENTO:** 75.5%
  - **SUBPROGRAMA 3 REALIZAR SEGUIMIENTO A LA FACTURACIÓN GLOSADA - RECOBROS DE EPS E IPS.**
1. META/PRODUCTO: Mantener este indicador en 2% anualmente.
- **INDICADOR: PORCENTAJE DE GLOSAS POR CENTRO DE ATENCION.**
  - **LINEA BASE:** 3%
  - **FORMULA INDICADOR:** Valor glosas por Centro de Atención / Valor Facturado en el Centro de Atención
  - **RESPONSABLE:** AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

| CENTRO E ATENCION   | Vr. FACTURADO | Vr. GLOSADO | PORCENTAJE |
|---------------------|---------------|-------------|------------|
| CA-BARRANCA DE UPIA | 150.771.257   | 17.997.638  | 11.94%     |
| CA-CABUYARO         | 131.156.696   | 13.254.444  | 10.11%     |
| CA-CUMARAL          | 293.769.158   | 18.140.579  | 6.18%      |
| CA-CALVARIO         | 16.729.890    | 414.013     | 2.47%      |
| CA-EL CASTILLO      | 50.885.029    | 3.490.298   | 6.86%      |
| CA-LEJANIAS         | 63.279.265    | 6.016.424   | 9.51%      |
| CA-LA MACARENA      | 61.714.928    | 12.729.258  | 20.63%     |
| CA-MAPIRIPAN        | 144.412.858   | 22.148.634  | 15.34%     |

|                      |                      |                    |               |
|----------------------|----------------------|--------------------|---------------|
| CA-MESETAS           | 107.535.673          | 18.161.212         | 16.89%        |
| CA-PTO CONCORDIA     | 80.268.954           | 7.616.802          | 9.49%         |
| CA-PTO GAITAN        | 968.439.752          | 88.306.018         | 9.12%         |
| CA-PTO LLERAS        | 68.865.217           | 9.003.193          | 13.07%        |
| CA-RESTREPO          | 306.169.428          | 22.892.624         | 7.48%         |
| CA-SAN JUAN ARAMA    | 42.426.014           | 9.671.554          | 22.80%        |
| CA-SAN JUANITO       | 36.552.428           | 14.163.705         | 38.75%        |
| CA-URIBE             | 85.740.804           | 18.426.010         | 21.49%        |
| CA-VISTA HERMOSA     | 98.213.462           | 11.700.265         | 11.91%        |
| <b>Total general</b> | <b>2.706.930.813</b> | <b>294.132.671</b> | <b>10.87%</b> |

- **CUMPLIMIENTO:** 10%.
- **OBSERVACIONES:** El promedio general de la glosa de la facturación de evento emitida en el III trimestre se encuentra en el 10,9%. El denominador corresponde a facturas cerradas incluyendo las no radicadas en los diferentes responsables de pago. Se advierte que bajo esta metodología el indicador no es preciso como quiera que solo son válidas para la generación de glosas facturas radicadas en los pagadores. Los principales motivos de glosa corresponden a factores administrativos. Así las cosas, se hace necesario plan de mejoramiento del área de facturación.

## 2. META/PRODUCTO: 100%

- **INDICADOR: FUNCIONARIOS CAPACITADOS.**
- LINEA BASE: 0
- FORMULA INDICADOR: número de Capacitaciones realizadas /número de capacitaciones programadas x 100
- RESPONSABLE: AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - FACTURACION

### FORMULA

$$81/81*100= 100$$

- **CUMPLIMIENTO:** 100%
- **OBSERVACIÓN:** Se realiza apoyo al área de calidad y talento humano con capacitación específica de inducción a todos los funcionarios (81) que ingresan a laborar en la ESE DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD.

Los soportes de recibo a satisfacción de los servicios por parte del proveedor de servicios de auditoría, se encuentran en copia en los informes del contratista y en físico en carpeta asignada en archivo del área.

## 3. META/PRODUCTO: 100%

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

[www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

[gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

- **INDICADOR: AUDITORIAS REALIZADAS.**
- LINEA BASE: 0
- FORMULA INDICADOR: No. De Auditorías realizadas/No. Auditorias Programadas x 100
- RESPONSABLE: FACTURACION

**OBSERVACIONES:**

En el tercer trimestre de la vigencia 2019 hay evidencia de apoyo técnico a 5 centros de atención: Mesetas, Vistahermosa, Lejanías, San Juan de Arama, Barranca de Upía, los soportes se encuentran en los informes del contratista y en físico en carpeta asignada en archivo del área.

4. META/PRODUCTO: 100%

- **INDICADOR: SEGUIMIENTO ACCIONES DE MEJORA.**
- LINEA BASE: 0
- FORMULA INDICADOR: No. Planes de Mejoramiento Ejecutados/No. Planes de Mejoramiento Realizados.
- RESPONSABLE: Directores de Centros y facturación de los C.A. (FACTURACION)

**OBSERVACIONES:** Se realizó auditoria al Centro de Atención de Puerto Gaitán, del 3 al 6 del mes de septiembre de 2019, se adjunta acta.

- **SUBPROGRAMA 3 FORTALECIMIENTO DEL CICLO DE GESTIÓN DEL DESEMPEÑO.**

1. META/PRODUCTO: 1 Cronograma.

- **INDICADOR: CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN.**
- LINEA BASE: 1
- FORMULA INDICADOR: Cronograma
- RESPONSABLE: RECURSO HUMANO

**OBSERVACIONES:** Se realizó cronograma de capacitación para el año 2019

2. META/PRODUCTO: Ejecutar el 70% del cronograma de capacitaciones.

- **INDICADOR: CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN.**
- LINEA BASE: 1

- FORMULA INDICADOR: Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas  
RESPONSABLE: RECURSO HUMANO

2/2=100

#### OBSERVACIONES:

- ❖ El día 13 de junio se realizó capacitación sobre Plan de Gestión Ambiental (PGIRASA), política ambiental de la empresa y protocolo de limpieza y desinfección en el Municipio de La Uribe.
- ❖ El día 26 de agosto se realizó capacitación sobre Plan de Gestión Ambiental (PGIRASA), política ambiental de la empresa y protocolo de limpieza y desinfección en el Municipio de Castillo.

3. META/PRODUCTO: Depurar 20 de 52 caja a 1 de julio de 2017.

- **INDICADOR: DEPURACIÓN HISTORIAS LABORALES.**
- LINEA BASE: 10 cajas depuradas
- FORMULA INDICADOR: 20 cajas de historias laborales depuradas y escaneadas.
- RESPONSABLE: ARCHIVO

OBSERVACIONES: Para el primer trimestre se escanearon todas las historias laborales que se encuentran en el archivo central bajo custodia 52 cajas en total.

### **3.1.4 Estrategia para una E.S.E Transparente, Fortalecida y de Buen Gobierno.**

#### **I. Programa 1: Una ESE Transparente Fortalecida para Todos.**

10. Subprograma 1: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.

1. **META:** Revisar y actualizar la estructura organizacional.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Estructura organizacional actualizada.
- **ACCION:** Dar inicio al diagnóstico organizacional de la empresa.
- **COMPONENTE:** Diagnóstico organizacional.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Un informe.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Un informe.
- **META PRODUCTO:** Un informe.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%

- **OBSERVACIONES:** Para el cumplimiento de esta meta se tomo con informe el presentado como cumplimiento del Plan de Acción de la vigencia 2018.
2. **META:** Mejorar la competitividad, viabilidad y sostenibilidad de la organización.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Indicadores financieros
  - **ACCION:** Gestionar nuevos recursos de inversión para la Empresa.
  - **COMPONENTE:** Recursos nuevos
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Recursos nuevos
  - **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Total recursos nuevos gestionados.
  - **META PRODUCTO:** Gestión de recursos nuevos.
  - **CUMPLIMIENTO META:** 100%
  - **OBSERVACIONES:** Para la vigencia 2019 se gestionaron nuevos recursos para el mejoramiento de los indicadores Epidemiológicos en el Departamento del Meta y el fortalecimiento institucional. Estos nuevos recursos fueron gestionados con el Ministerio de Salud y protección Social, el Departamento del Meta y la Alcaldía de Primavera Vichada, entre otros por valor de \$4.681.751.259
11. Subprograma 1: FORTALECIMIENTO DEL CICLO DE GESTIÓN DEL DESEMPEÑO.
1. **META:** Fortalecer la implementación del sistema integrado de calidad (gestión de la calidad, seguridad y salud en el trabajo y medioambiental), en la E.S.E Departamental Solución Salud del Meta.
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de implementación de los Sistemas de Gestión implementados.
  - **ACCION:** Darles sostenimiento a los sistemas de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo y PEGIRS
  - **COMPONENTE:** Sistemas acordes con la normatividad vigente.
  - **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Sistemas integrados.
  - **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informes de cumplimiento de normatividad vigente.
  - **META PRODUCTO:** Sistemas Integrados.
  - **CUMPLIMIENTO META:** 100%.
  - **OBSERVACIONES:** Durante la vigencia 2019 se realizaron los ajustes normativos de ley en los sistemas de Gestión de Calidad, Gestión ambiental y Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.



2. **META:** Fortalecer los procesos de desarrollo del talento humano alineados a las competencias requeridas.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Dar cumplimiento a los cronogramas de capacitación y bienestar.

- **ACCION:** Elaborar cronograma de capacitación.

- **COMPONENTE:** Cronograma.

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cronograma de capacitación.

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 1 cronograma.

- **META PRODUCTO:** 1 cronograma.

- **CUMPLIMIENTO META:** 100%

- **OBSERVACIONES:** Se elaboro cronograma de capacitaciones vigencia 2019 según lo programado el cual reposa en la oficina de Recurso Humano.

- **ACCION:** ejecutar cronograma de capacitaciones

- **COMPONENTE:** ejecutar cronograma

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cronograma de capacitación

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas.

- **META PRODUCTO:** ejecutar el 70% del cronograma.

- **CUMPLIMIENTO META:** 70%

- **OBSERVACIONES:** Se dio cumplimiento en un 70% a las capacitaciones programadas para vigencia 2019.

3. **META:** Mantener el rango en la evaluación del desempeño integral.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Evaluar los funcionarios de planta, aplicando los formatos establecidos por la función Pública.

- **ACCION:** Realizar evaluación de desempeño a los funcionarios según la guía de la Función Pública adoptada.

- **COMPONENTE:** Evaluación de desempeño según guía adoptada

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** funcionarios evaluados en los tiempos establecidos por la guía.

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 121 funcionarios evaluados a mas tardar el 31 de enero de 2020.

- **META PRODUCTO:** 121 funcionarios evaluados.

- **CUMPLIMIENTO META:** 74%
- **OBSERVACIONES:** Durante la vigencia 2019 se evaluaron 90 funcionarios de 121 que era la meta

12. Subprograma 2: USO RACIONAL DE LOS RECURSOS FISICOS DE LA E.S.E.

1. **META:** Garantizar la adquisición de insumos y servicios necesarios para funcionar en condiciones de calidad, precio y oportunidad.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Evaluación de proveedores
- **ACCION:** Implementar base de proponentes en farmacia
- **COMPONENTE:** Banco de proveedores para farmacia
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Base de datos proveedores
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Lista de Proveedores
- **META PRODUCTO:** Lista de Proveedores.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** El consolidado de proveedores de farmacia se encuentra dentro de la resolución 444 de 2019 listado de proveedores de la empresa.

2. **META:** Garantizar la disponibilidad médicos - quirúrgicos y elementos necesarios para el buen funcionamiento de procesos Asistenciales y Administrativos.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Seguimiento a plan de compras
- **ACCION:** Garantizar la entrega oportuna de medicamentos, así como de medico quirúrgicos a los Centro de Atención.
- **COMPONENTE:** Hacer entrega de los pedidos como máximo Cinco (5) días después del pedido.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Entrega oportuna medicamentos y médico quirúrgico
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** número de pedidos entregado de forma oportuna a los Centros de Atención/número de pedidos de los Centros de Atención.
- **META PRODUCTO:** 80% en la entrega oportuna.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** durante la vigencia 2019 se realizo la entrega oportuna de medicamento y medico quirúrgicos a los 17 Centros de Atención, se evidencia en las ordenes de envió que reposan el área de farmacia del nivel central.

3. **META:** Actualización de inventarios de bienes muebles.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Realización de Inventarios de Bienes Devolutivos en uso e inservibles de la empresa de acuerdo al cronograma

4. META/PRODUCTO: Inventarios depurados.

- **ACCION:** Realización de Inventarios de Bienes Devolutivos en uso e inservibles de la empresa de acuerdo al cronograma.

- **COMPONENTE:** Inventarios depurados

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Depurados los Inventarios de 6 Centros de Atención Programados dejar solo dos indicadores uno de vehículos y uno de muebles.

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** No. De Centros con Inventarios Depurados/No. De Centros Programados.

- **META PRODUCTO:** 100%

- **CUMPLIMIENTO META:** 100%

- **OBSERVACIONES:** Para la vigencia se realizó inventario de activos e inservibles en el centro de atención de Puerto Gaitán, se anexan acta N° 1 de revisión de inventarios y acta N° 6 de levantamiento de inventario físico de 2019

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** No. Vehículos con Concepto técnico Mecánico y Peritazgo/Total vehículos con solicitud de concepto Técnico.

- **META PRODUCTO:** 100%

- **CUMPLIMIENTO META:** 100%

- **OBSERVACIONES:** Para la vigencia Objeto de evaluación no ingresaron vehículos nuevos a la lista de los vehículos ya identificados

5. META/PRODUCTO: Inventarios depurados.

- **INDICADOR: INVENTARIOS DEPURADOS POR CENTROS DE ATENCIÓN.**

- LINEA BASE: 0

- FORMULA INDICADOR: No. De Inventarios dados de baja/ Total de Inventarios Inservibles.

- RESPONSABLE: ALMACEN

OBSERVACIONES: Para el tercer trimestre 2019 no se realizó depuración de inventarios en los centros de atención, ni de repuestos, ni de vehículos.

13. Subprograma 3: CONSERVACIÓN DEL ASERVO DOCUMENTAL DE LA EMPRESA.

1. **META:** Fortalecimiento de la ley general de archivo.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Nivel de implementación de norma archivística.
- **ACCION:** Mantener la depuración y escaneo de las historias laborales de los funcionarios de la empresa.
- **COMPONENTE:** Depuración y escaneo de las historias laborales custodiadas en el archivo central de Villavicencio.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Depuración Historias laborales.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Mantener el proceso de depuración de historias laborales.
- **META PRODUCTO:** Depurar las historias laborales que ingresen a custodia del archivo.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** Durante el periodo se escanearon todas las historias laborales que se encuentran en el archivo central bajo custodia 52 cajas en total

14. Subprograma 4: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL.

1. **META:** Diversificación de nuevos servicios para dar respuesta a las sentidas necesidades del sector salud.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Nuevos servicios habilitados/Total de Servicios habilitados.
- **ACCION:** Participar en la actualización del documento de redes con el Dpto.
- **COMPONENTE:** Red de servicios aprobada para el Dpto.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Observaciones al documento de Redes.
- **META PRODUCTO:** Un Informe.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** La empresa realizó los aportes pertinentes a la modificación del documento de red de prestación de servicios de salud del departamento,

donde se solicitó se elevara al segundo nivel el Centro de Atención de Puerto Gaitán, igualmente se le autorizara la apertura de servicios de consulta externa de medicina interna, pediatría, ortopedia y ginecobstetricia para los centros de atención de Cumaral, San Juan de Arama y Puerto Gaitán.

**2. META:** Mejorar los procesos asistenciales.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Indicadores de calidad.
- **ACCION:** Análisis de los indicadores de calidad.
- **COMPONENTE:** Evaluar la realidad de los datos reportados por los centros de atención en los diferentes comités frente al sistema de información.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Análisis de los indicadores de calidad por centro de atención.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Centros de Atención/17
- **META PRODUCTO:** Cumplimiento 80% por centro de atención.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** La oficina de calidad realizo el análisis trimestral de los indicadores de producción de los 17 centros de atención, información que fue reportada a las diferentes EPS como lo exige la ley e igualmente reportados en la plataforma del SIHO en los tiempos establecidos por la normatividad vigente.

**3. META:** Hacer cada vez más seguros eficaces y eficientes los procesos misionales y administrativos de la empresa.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento de implementación del SG-SST.
- **ACCION:** Ejecutar el Plan de SG-SST.
- **COMPONENTE:** Actualización de Manuales y procedimientos del SG-SST.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Manuales Actualizados
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** No. De Manuales y procedimientos actualizados SG-SST/ Total de Manuales y Procedimientos del SG-SST.
- **META PRODUCTO:** Cumplimiento del 70%.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** Por medio de la resolución 439 junio 2019 se actualizó y aprobó la documentación del Sistema de Gestión Salud y Seguridad en el Trabajo de la ESE

donde se incluye el Plan de trabajo 2019 FR-RH-37 de sistema y el Plan de capacitación 2019 FR-RH-34

4. **META:** Implementar un sistema de costeo de los servicios para la toma de decisiones.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Sistema de costeo implementado en los próximos tres años.

- **ACCION:** Iniciar la implementación de un sistema de costo para la empresa.

- **COMPONENTE:** sistema de costo implementado.

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 1 sistema de costo

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 1 sistema de costo

- **META PRODUCTO:** 1 sistema de costo

- **CUMPLIMIENTO META:** 75% del módulo implementado.

- **OBSERVACIONES:** Referente a esta medida que afecta el PSFF, se realizó contrato 1824 de 2018, de lo cual el contratista ya realizó unas actividades en los centros de atención y el nivel central, así como la socialización del modelo de costos, el cumplimiento de esta actividad va en un 75%. Se está en la parametrización del módulo de costos existente en el software financiero SEVEN pendiente dar continuidad al proceso debido a que se requiere la revisión y socialización sobre la estructura del módulo de costos existente en el software financiero SEVEN, que a la fecha del cierre no se ha logrado de parte de los proveedores hagan la socialización del módulo.

15. Subprograma 5: GESTIÓN DE CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO.

1. **META:** Mantener la implementación del SGC, a través de la estandarización de los procesos que permita el cumplimiento de estándares superiores de calidad en la entidad.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Seguimiento a la implementación de los diferentes Sistemas de Gestión implementados en la empresa.

- **ACCION:** Auditar el cumplimiento de las normas de habilitación.:

- **COMPONENTE:** Grado de implementación de las normas de habilitación.

- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Cumplimiento Norma de habilitación

- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Auditorías realizadas/Total Auditorias Programadas.
- **META PRODUCTO:** Informe de Auditoria.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** durante la vigencia 2019 la empresa realizo diferentes auditorias a los centros de atención para verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación. Es de aclarar que la normatividad cambio a partir del 25 de noviembre de 2019 con la resolución 3100 del mismo año, por lo anterior la empresa dispone de un año para su implementación, etapa en la que se encuentra la E.S.E.
  
- **ACCION:** actualización y seguimiento de los siguientes Planes:
  - Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR.
  - Plan Anual de Vacantes.
  - Plan de Previsión de Recursos Humanos.
  - Plan Estratégico de Talento Humano.
  - Plan Institucional de Capacitación.
  - Plan de Incentivos Institucionales.
  - Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.
  - Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI.
  - Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
  - Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
  
- **COMPONENTE:** Planes de actualizados.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Mejoramiento continuo
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Mejoramiento continuo
- **META PRODUCTO:** 100% de los planes actualizados a primer trimestre
- **CUMPLIMIENTO META:** 90%
  
- **OBSERVACIONES:**

#### RECURSO HUMANO.

Mediante la resolución número 535 del 13 de agosto de 2019, se actualizaron el Plan de Capacitación y el Plan de Incentivos y Estímulos de la ESE "SOLUCION SALUD", de acuerdo a la normatividad establecida por EL Departamento Administrativo de la Función Pública.

De igual manera se elaboró el Plan Anual de Vacantes, el Plan de Previsión de Recursos Humanos y el Plan Estratégico de Talento Humano para su revisión. El cual para su aprobación e implementación se requiere que la empresa cumpla con las medidas del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

Por medio de la resolución 439 junio 2019 se actualizó y aprobó la documentación del Sistema de Gestión Salud y Seguridad en el Trabajo de la ESE donde se incluye el Plan de trabajo 2019 FR-RH-37 de sistema y el Plan de capacitación 2019 FR-RH-34

## SISTEMA DE INFORMACIÓN

Luego de revisada la Política Digital aprobada por la Empresa se concluye que para la vigencia 2019, ésta se encuentra acorde para darle cumplimiento a los siguientes planes del área de sistemas:

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI.
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Cabe mencionar que para la vigencia 2020 se requiere la revisión y actualización de dichos planes de acuerdo a la normatividad vigente a la vigencia.

**ARCHIVO:** No ha iniciado con la actualización del Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR.

**2. META:** Mantener la infraestructura física y la dotación para conservar la habilitación de los procesos.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento
- **ACCION:** Realizar mantenimiento correctivo y preventivo a los Centros de Atención.
- **COMPONENTE:** Infraestructura Cumpliendo con los requisitos de habilitación.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Centros de Atención y puestos de salud con Mantenimiento En Infraestructura
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** No. De centros visitados/No. De Centros Programados
- **META PRODUCTO:** 5
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%



- **OBSERVACIONES:** Al desarrollo de este periodo, se ejecutaron las actividades de acuerdo a las necesidades prioritarias de cada centro de atención de salud, realizando la visita técnica para establecer un diagnóstico del estado de la infraestructura física actual. Con el fin de realizar un mantenimiento preventivo para suplir las necesidades.

Durante este trimestre se tenía prevista la visita a 3 centros de atención que requerían intervención inmediata en mantenimiento con una duración aproximada de 3 semanas, meta que se cumplió y que se superó teniendo en cuenta que se suplieron las necesidades establecidas en el tiempo previsto, y realizar el mantenimiento preventivo según lo establecido en el cronograma de actividades del plan de mantenimiento y correctivo según se fueron presentando urgencias por inundaciones o fallas en el fluido eléctrico principalmente en los diferentes centros de salud, e igualmente cumplir con las necesidades que se presentaron en las instalaciones administrativas de la ESE en el municipio de Villavicencio, en general en su totalidad se cumplió así con las metas del trimestre.

A continuación, relaciono cuadro resumen de las actividades ejecutadas durante el este periodo:

### CONSOLIDADO EJECUCIÓN DE MANTENIMIENTO DURANTE EL PERIODO DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2019

| RUBRO       | No. FACTURA | SUBTOTAL         | IVA              | VALOR TOTAL              |
|-------------|-------------|------------------|------------------|--------------------------|
| 1 SERVICIOS | 0035        | \$ 90.820.961,00 | \$ 17.255.983,00 | <b>\$ 108.076.944,00</b> |

| ACTIVIDADES DEL PERIODO ENTRE EL 1 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2019 |                   |  |  |
|---|-------------------|--|--|
| CENTRO DE ATENCIÓN  | COSTOS MATERIALES | DESCRIPCIÓN  |  |
| 1 LEJANIAS  | \$ 30.561.521,00  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limpieza de cubierta con hidrojet</li> <li>▪ Retiro de recubrimiento (Impermeabilizante)</li> <li>▪ Limpieza de pisos, senderos y muros</li> <li>▪ Desmonte aparatos sanitarios</li> <li>▪ Lavado de Cárcamo, Cañuela Hidrojet</li> <li>▪ Manto morterplas</li> <li>▪ Estuco Plástico</li> <li>▪ Pintura Epoxica, Vinilo tipo 1 y exterior</li> <li>▪ Desmonte cielorraso en lamina liviana</li> <li>▪ Cielorraso placa superboard 6mm</li> <li>▪ Suministro e instalación de cubierta en teja fibrocemento.</li> </ul> |  |

|              |                  |                       |   |
|--------------|------------------|-----------------------|---|
| 2            | CABUYARO         | \$ 31.580.504,00      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limpieza de cubierta con hidrojet</li> <li>▪ Retiro de recubrimiento (Impermeabilizante)</li> <li>▪ Limpieza de pisos, senderos y muros</li> <li>▪ Desmonte aparatos sanitarios</li> <li>▪ Lavado de Cárcamo, Cañuela Hidrojet</li> <li>▪ Demolición muro 0.15</li> <li>▪ Manto morterplas</li> <li>▪ Estuco Plástico</li> <li>▪ Pintura Epoxica, Vinilo tipo 1 y exterior</li> <li>▪ Instalación de cubierta en teja fibrocemento.</li> <li>▪ Suministro e instalación de ventana.</li> </ul>   |
| 3            | PUERTO GAITAN    | \$ 38.923.963,00      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limpieza de cubierta con hidrojet</li> <li>▪ Retiro de recubrimiento (Impermeabilizante)</li> <li>▪ Limpieza de pisos, senderos y muros</li> <li>▪ Desmonte aparatos sanitarios</li> <li>▪ Lavado de Cárcamo, Cañuela Hidrojet</li> <li>▪ Demolición muro 0.15</li> <li>▪ Manto morterplas</li> <li>▪ Estuco Plástico, Pintura Epoxica, tipo 1 y exterior</li> <li>▪ Instalación de cubierta en teja fibrocemento.</li> <li>▪ Suministro e instalación de ventana.</li> <li>▪ Polarizado de vidrios</li> <li>▪ Muro superboard doble cara</li> </ul> |
| 4            | BARRANCA DE UPIA | \$ 417.756,00         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demolición de enchape y mortero</li> <li>▪ Corte de mampostería</li> <li>▪ Tubería hidráulica</li> </ul>   |
| 5            | URIBE            | \$ 6.593.200,00       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limpieza de cubierta con hidrojet</li> <li>▪ Retiro de recubrimiento (Impermeabilizante)</li> <li>▪ Limpieza de pisos, senderos y muros</li> <li>▪ Pintura Epoxica, Vinilo tipo 1 y exterior</li> </ul>  |
| <b>TOTAL</b> |                  | <b>\$ 108.076.944</b> |   |

### 3. META: Fortalecimiento del sistema de gestión por proceso

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Porcentaje de cumplimiento
- **ACCION:** Mantener actualizado el SGC de acuerdo a la ley el listado maestro de documentos
- **COMPONENTE:** Listado maestro de Documentos actualizados.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Listado maestro de Documentos actualizados.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Documentos actualizados/Total de documentos que requieren actualización

- **META PRODUCTO:** 70%
- **CUMPLIMIENTO META:**
- **OBSERVACIONES:**

1. **Programa 2: Evaluación y Seguimiento hacia una Gestión por Resultados.**

16. **Subprograma 1: EVALUACIÓN DE LA ESE PARA LA TRANSPARENCIA ADMINISTRATIVA.**

3. **META:** Realizar Evaluación trimestral al Plan de acción.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Evaluación del plan de acción.
- **ACCION:** Realizar evaluación trimestral del Plan de Acción
- **COMPONENTE:** Plan de Acción.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe Evaluación del Plan de Acción
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Ejecutar el 80% de las acciones programadas dentro del plan de acción.
- **META PRODUCTO:** Ejecutar el 80% de las acciones programadas dentro del plan de acción.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:**
  
- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Evaluación del plan de acción.
- **ACCION:** Formular y Evaluar los acuerdos de Gestión para dar cumplimiento a Ley 909 de 2004
- **COMPONENTE:** acuerdos de Gestión.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Acuerdos de Gestión
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** 19 acuerdos firmados.
- **META PRODUCTO:** Seguimiento al 100% de los Acuerdos de Gestión.
- **CUMPLIMIENTO META:** 100%
- **OBSERVACIONES:** la evaluación de los acuerdos de gestión de 2018 se realizó en el mes de febrero de 2018, los firmados en el 2019 se evaluarán antes del 28 de febrero, fecha en la cual se firmarán los acuerdos del 2020.

17. **Subprograma 2: MEJORAMIENTO y SEGUIMIENTO DEL CONTROL INTERNO.**

1. **META:** Fomentar la cultura del control interno y del autocontrol a los funcionarios de la ESE.
  2. **META:** Seguimiento a la ejecución de los diferentes comités institucionales.
- **OBSERVACIONES:** De acuerdo al informe presentado por la oficina de Control Interno, el cumplimiento de los indicadores del Subprograma: MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CONTROL INTERNO fue del 100% así:

## ACTIVIDADES EJECUTADAS

Las actividades ejecutadas por la Oficina de Control Interno están armonizadas con el Plan Estratégico 2017-2020, con la siguiente estrategia, objetivo, programa y subprograma:

| Estrategia   | Objetivo   | Programa/ Subprograma  |
|--|--|--|
| Para una ESE transparente, fortalecida y de buen gobierno. | Utilizar todas las herramientas de seguimiento, control y evaluación, para medir la gestión y mejorar en beneficio de los usuarios y la comunidad. | Programa 2: Evaluación y seguimiento hacia una gestión por resultados<br><br>Subprograma 2: Mejoramiento y seguimiento del control Interno |

## Enfoque hacia la prevención

La Oficina de Control Interno en su rol del enfoque hacia la prevención, presta sus servicios a todos los funcionarios de la entidad, a través de asesoría, acompañamiento y orientación técnica, para la prevención, a través de las siguientes actividades:

## Participación en Comités como invitada:

| Ítem | FECHA      | Comité  |
|------|------------|---|
| 1    | 08/01/2019 | Comité de gestión y desempeño                           |
| 2    | 19/02/2019 | Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |
| 3    | 22/03/2019 | Comité de Conciliación                                  |
| 4    | 05/04/2019 | Comité de Bajas   |
| 5    | 12/04/2019 | Comité de Bajas   |
| 6    | 08/04/2019 | Comité de Conciliación                                  |
| 7    | 23/05/2019 | Comité de Conciliación                                  |
| 8    | 12/06/2019 | Comité de Bajas   |
| 9    | 26/06/2019 | Comité de Conciliación                                  |
| 11   | 03/07/2019 | Comité de Glosas  |

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

[www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

[gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

|    |            |   |
|----|------------|---|
| 12 | 22/07/2019 | Comité de Bajas   |
| 13 | 18/09/2019 | Comité de Conciliación                                  |
| 14 | 31/10/2019 | Comité de gestión y desempeño                           |
| 15 | 12/11/2019 | Comité de gestión y desempeño                           |
| 16 | 27/12/2019 | Comité Institucional de Coordinación de Control Interno |

### Asesorías y acompañamiento a diferentes procesos:

Reunión cierre financiero 2018 (09/01/2019)

Invitada a reuniones de la Junta Directiva de la ESE (26/03/2019, 24/04/2019, 10/06/2019, 06/08/2019, 27/09/2019, 07/11/2019, 18/11/2019 y 24/12/2019)

Reunión sobre el funcionamiento del sistema hospital y seven, los asistentes líderes de procesos y representantes de Digital Ware (28/03/2019)

Reunión sobre el modelo de costos (27/06/2019 y 20/12/2019)

**Autocontrol:** En el marco del sistema de control interno, se entiende por autocontrol la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política<sup>1</sup>.

El fomento a la cultura de autocontrol, es una tarea de la alta dirección, que requiere del apoyo de todos. La Oficina Asesora de Control Interno tiene el rol de apoyar este propósito, para la mejora institucional.

Para lo anterior, de enero a diciembre de 2019, se publicaron tres (3) boletines informativos, publicado en la página web: <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=465> y comunicado a través de todos los correos electrónicos de los funcionarios de la ESE, sensibilizando el autocontrol en los funcionarios

<sup>1</sup> Guía Rol de las Unidades de Control Interno, emitida DAFP

**BOLETIN 1 (08/04/2019)**

**COMUNICACIÓN EFECTIVA PARA LA MEJORA CONTINUA**

La comunicación es uno de los elementos fundamentales para el logro de las metas personales e institucionales.

Mantener una comunicación efectiva con quienes nos rodean, es muy importante!! Se constituye en un instrumento de gestión y de dirección, el cual proporciona coherencia e integración entre los objetivos, los planes y las acciones.

**TAREA DE TODOS.** Implementación MIPG (Modelo Integrado de Planeación y gestión) – Decreto 1499 de 2017

**ASPECTOS PARA LOGRAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA:**

- ✓ Estar atentos
- ✓ Ser claros al transmitir las ideas
- ✓ No dar por entendido lo que no se ha dicho
- ✓ No pretender que el otro adivine nuestras necesidades.
- ✓ Decir lo que se quiere decir de forma sencilla, eliminando frases innecesarias.
- ✓ Ser específico y brindar los detalles necesarios
- ✓ Que los comentarios guarden lógica
- ✓ Que la comunicación guarde el respeto por los demás.

*Comunicación Efectiva.*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**BOLETIN 2 (29/08/2019)**

**BUENAS PRÁCTICAS PARA LA AUTOEVALUACIÓN**

- ✓ Revisar permanentemente el avance y cumplimiento de las actividades y labores a mi cargo
- ✓ Evaluar si cumpla con mis actividades en el tiempo y forma que lo solicitan y analizar si puedo ahorrar o reducir el uso de recursos que utilizo.
- ✓ Conocer en qué actividad tengo mayor eficacia y en cuál debo prestar más atención.

**TAREA DE TODOS.** Implementación MIPG (Modelo Integrado de Planeación y gestión) – Decreto 1499 de 2017

- ✓ Realizar reuniones periódicas con el equipo de trabajo para examinar el avance de las actividades y metas a cumplir.
- ✓ Conocer los indicadores que evalúan el proceso al cual pertenezco y contribuir al seguimiento o cumplimiento de éstos.
- ✓ Tomar decisiones a partir de los resultados arrojados por los instrumentos de evaluación para el logro de las actividades planificadas.

Dichas prácticas mejoran nuestra gestión institucional.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**BOLETIN 3 (03/12/2019)**

**CÓDIGO DE INTEGRIDAD -Resolución 732 del 30/10/2019 expedida por la ESE Solución Salud**

**VALORES:**

- ✓ **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- ✓ **HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- ✓ **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

**JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

**Los valores son la base para el ejercicio de nuestras funciones y facilitan el autocontrol.**

**TAREA DE TODOS.** Implementación MIPG (Modelo Integrado de Planeación y gestión) – Decreto 1499 de 2017

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**Evaluación de la gestión del riesgo:** El mapa de riesgos de corrupción para el 2019, se encuentra integrado en el plan anticorrupción y atención al ciudadano y se publicó en la página web de la entidad.  
<http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=473>

**Seguimiento al mapa de riesgos institucional:** Para el seguimiento al mapa de riesgos, los líderes o responsables de los procesos deben reportar de manera cuatrimestral a la Oficina de Control Interno su monitoreo a través del formato FR-

GQ-51 Mapa de riesgos de corrupción. Dicho reporte se debe realizar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de enero, de mayo y de septiembre de cada año.

El 10 de enero, 13 de mayo de 2019 y 12 de septiembre de 2019, la Oficina de Control Interno efectuó el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción a 31 de diciembre de 2018, a 30 de abril de 2019 y a 31 de agosto de 2019, respectivamente, dentro del plazo exigido por el Decreto Nacional 124 de 2016. Dichos documentos se encuentran publicados en la página web de la entidad, link :

<http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=445>

<http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=473>

**Evaluación y seguimiento:** La Oficina de Control Interno efectuó las siguientes actividades en el rol de evaluación y seguimiento:

**Evaluación del Sistema de Control interno 2018:** El 12 de marzo de 2019, se diligenció el formulario de reporte de avance de la gestión -FURAG vigencia 2018, a través de la plataforma dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. También, el 16 de diciembre de 2019, se diligenció dicho formulario, pero sobre la gestión de enero a noviembre de 2019.



#### CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN

La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que la institución EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCIÓN SALUD, a través del usuario furag3057JCIT, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2018 en el mes de febrero de 2019.



## CERTIFICADO DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN

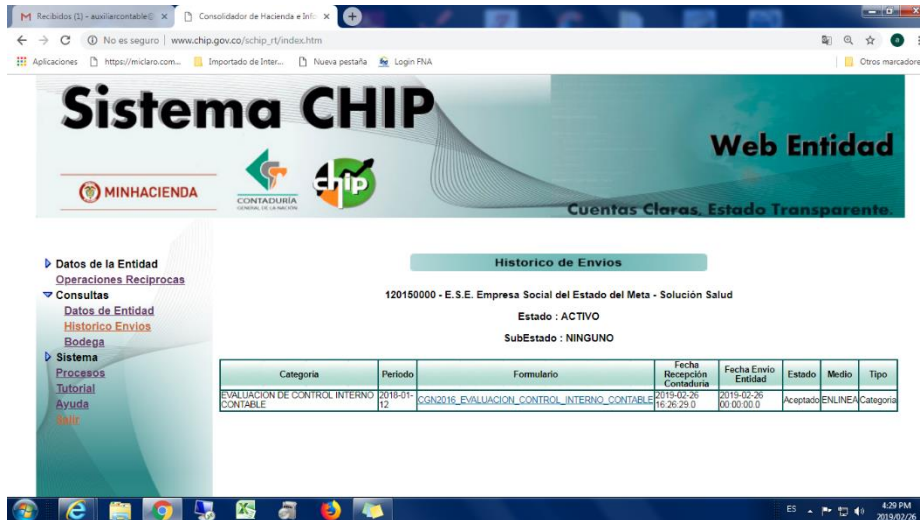
La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que la institución EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL META SOLUCIÓN SALUD, a través del usuario MIPG3057JCI, diligenció el Formulario de Reporte de Avances de la Gestión - FURAG, correspondiente a la vigencia 2019 referente a las preguntas aplicadas en noviembre - diciembre de dicho año.

**Informe Ejecutivo Sistema de Control interno 2018:** En enero de 2019, se elaboró un informe ejecutivo del Sistema de Control Interno vigencia 2018, el cual se comunicó al Gerente y a los Jefes de Dependencia. En dicho informe se describieron las actividades realizadas por la Oficina de Control Interno, avance del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno, para implementar las acciones correspondientes.

**Informe control interno contable 2018:** El 26 de febrero de 2019, se presentó el informe de control interno contable vigencia 2018, de acuerdo a la Resolución 193 del 5 de mayo de 2016 emitida por la Contaduría General de la Nación. Dicho informe se reportó a través del Sistema Consolidado de Hacienda y de la Información Pública – CHIP.

En el informe se determinó las debilidades, fortalezas, avance y recomendaciones de mejora. El grado de avance de la ESE Solución Salud arrojó un puntaje de 4.0/5.0.





**Sistema CHIP** Web Entidad  
 Cuentas Claras. Estado Transparente

MINHACIENDA CONTADURIA CHIP

**Historico de Envios**

120150000 - E.S.E. Empresa Social del Estado del Meta - Solucion Salud  
 Estado : ACTIVO  
 SubEstado : NINGUNO

| Categoria                              | Periodo    | Formulario                                  | Fecha Recepción Contaduría | Fecha Envío Entidad   | Estado   | Medio   | Tipo      |
|--|------------|---|----------------------------|-----------------------|----------|---------|-----------|
| EVALUACION DE CONTROL INTERNO CONTABLE | 2018-01-12 | CGN2018_EVALUACION_CONTROL_INTERNO_CONTABLE | 2019-02-26 16:26:29.0      | 2019-02-26 00:00:00.0 | Aceptado | ENLINEA | Categoria |

**Informe pormenorizado de control interno:** En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 (artículo 9), se viene publicando el informe pormenorizado del estado del control interno de la entidad, en el cual se describen los avances del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y recomendaciones. Informes realizados:

Del cuatrimestre de noviembre de 2018 a febrero de 2019, de marzo a junio de 2019 y de julio a octubre de 2019, los informes se elaboraron en marzo, julio y noviembre de 2019, respectivamente, los cuales se publicaron en la web de la entidad. Link <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=477>. Dichos informes se comunicaron a los Jefes de Dependencia y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

**Evaluación de la gestión por dependencias 2018:** El artículo 39 de la Ley 909 de 2004 y el artículo 26 del Acuerdo 565 de 2016 expedido por la Comisión Nacional del Servicio Civil “Por la cual se establece el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos de Carrera Administrativa”, establece entre los componentes de la evaluación definitiva en periodo anual u ordinario la Evaluación de Gestión por Dependencias que realiza la Oficina de Control Interno.

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno solicitó para más tardar el 18 de enero de 2019 a la Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia Asistencial, Oficina de Planeación, Oficina Jurídica y Oficina de Control Interno Disciplinario el seguimiento al plan de acción a 31 de diciembre de 2018, donde se mostrara el indicador de cumplimiento por cada meta y en caso de no haberse ejecutado o alcanzado el 100% de cada meta, indicara la causa que originó el incumplimiento, debidamente soportada, entre otra información (Oficios 1024, 1023, 1026, 1025 y 1022 de 2018). La dependencia que allegó la información solicitada

fue la Oficina de Control Interno Disciplinario, por lo tanto, la Oficina de Control Interno emitió la respectiva evaluación de la gestión de la dependencia citada, vigencia 2018.

Las anteriores peticiones fueron reiteradas el 6 de febrero de 2019 a la Subgerencia Administrativa y Financiera, Oficina de Planeación y Oficina Jurídica, mediante oficios 0075, 0076 y 007 de 2019 y correos electrónicos del 14 de marzo de 2019, sin obtener respuesta.

Respecto a la Subgerencia Asistencial, el 26 de febrero de 2019 allegó el informe de gestión 2018 y el 1 de marzo de 2019, se le solicitó las evidencias de 10 indicadores (muestra seleccionada), de los cuales solo allegaron los soportes de (2) indicadores relacionados con IAMI. Nuevamente el 14/03/2019 por correo electrónico se le reiteró la solicitud y no se allegó la información pendiente.

La falta de información limitó la evaluación de la gestión de las dependencias citadas, por parte de la Oficina de Control Interno. Dicha situación se informó a la Oficina de Recurso Humano mediante radicado 0102 del 13/02/2019, debido a que el artículo 4 de la Resolución 638 de 2018, emitida por la ESE, establece: "... Líder del proceso de evaluación. La Oficina de Talento Humano liderara las acciones necesarias para la implementación del Sistema Tipo Evaluación de Desempeño Laboral de la ESE Departamental SOLUCIÓN SALUD" para lo cual divulgará el sistema, capacitará y supervisará que el proceso se cumpla de acuerdo de acuerdo a los lineamientos establecidos..." Adicionalmente, dicha comunicación se remitió con copia a Gerencia y a la Oficina de Control Interno Disciplinario.

**Seguimiento plan anticorrupción y atención al ciudadano:** Los Decretos 2641 de 2012 y el Decreto 124 de 2016 (artículo 2.1.4.6) determinan que las Oficinas de Control interno realizan seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

En virtud de lo anterior, en enero de 2019, se efectuó el seguimiento consolidado a 31 de diciembre de 2018, el cual arrojó un cumplimiento del 76,9%. En mayo de 2019, se realizó seguimiento a 30 de abril de 2019, donde se observó un avance del 30.7%.

En septiembre de 2019, se realizó seguimiento a 31 de agosto de 2019, donde se evidenció un avance del 58,4%. Dichos documentos se publicaron dentro de los plazos legales en la web de la entidad. link: <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=445> y <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=473>,

Los citados seguimientos se comunicaron al Gerente, los Jefes de Dependencia y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

**Informe derechos de autor de software 2018:** En cumplimiento a la Directiva Presidencial 002 de 2002 y conforme al procedimiento determinado en la circular 17 de 2011 expedida por la Dirección Nacional de Derechos de Autor, el 15 de marzo de 2019, se remitió el informe correspondiente a la vigencia 2018, a través de la plataforma dispuesta para tal fin.

15/3/2019 Correo de ESE Departamental del Meta - Informe de software

Control Interno Nivel Central <control.interno@esemeta.gov.co>

**Informe de software**  
2 mensajes

Dirección Nacional de Derechos de Autor <systemas.derechodautor@gmail.com>  
Para: Control Interno <control.interno@esemeta.gov.co> 15 de mar

Respetado: ESE departamental del Meta Solución Salud

La información diligenciada por ustedes en nuestro formulario fue la siguiente:

|   |   |
|---|---|
| Fecha y hora de envío   | 15/03/2019 14:31:23   |
| Departamento  | Meta  |
| Municipio   | Villavicencio   |
| Orden   | Territorial   |
| Sector  | Salud   |
| Entidad   | ESE departamental del Meta Solución Salud   |
| Nit   | 822006595   |
| Funcionario   | Floretha Guativa Bobadilla  |
| Dependencia   | Oficina de Control Interno  |
| Cargo   | Jefe Oficina Asesora  |
| ¿Con cuántos equipos cuenta la entidad?   | 457   |
| ¿El software instalado en estos equipos se encuentra debidamente licenciado?  | Si  |
| ¿Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva? | Se cuenta con un firewall que es el encargado de manejar las políticas de restricción a sitios de descarga, el servidor de directorio activo, el cual contiene políticas de seguridad que permiten negar acceso a la instalación de aplicaciones por parte de los usuarios locales y los usuarios que se conectan, tienen permisos restringidos. Adicionalmente, se cuenta con antivirus que niega el acceso a páginas web que permiten realizar descargas de los equipos clientes, lo cual se realiza a través de la interfaz o desde la cuenta de administrador.  |
| ¿Cuál es el destino final que se le da al software dado de baja en su entidad?  | Mediante Resolución 599 de 2006, modificada por la Resolución 376 de 2010, se fijó el procedimiento especial para retirar del servicio y dar de baja bienes del grupo de servomoviles, redes líneas y cables, pesquero y equipo médico y científico, muebles y enseres, equipo de oficina, equipos electrónicos y computación, equipo de transporte tracción y elevación, equipo de comedor despensa y hotelería y licencias de software desmantelados como inservibles, obsoletos e intrascendentes. El Gerente de acuerdo con el concepto de la Comisión Evaluadora de Bienes Muebles: resolución autoriza el retiro y destrucción de los bienes. Cuando la licencia viene soportada en medio físico, se destruye, disposición que debe quedar establecida en la Resolución de baja correspondiente. Cuando la licencia viene soportada en medio digital se dan de baja mediante resolución, y se retiran de los inventarios de la ESE. Según información suministrada por el área de Almacén de la entidad, en 2018 no se realizaron bajas de licencias de software. |

Este correo es automático y no es necesario responder, cualquier requerimiento puede ser solicitado a la cuenta de correo [Info@dereci.gov.co](mailto:Info@dereci.gov.co).

UAE: Dirección Nacional de Derecho de Autor  
Ministerio del Interior  
[Info@derechodautor.gov.co](mailto:Info@derechodautor.gov.co)  
+ 57 (3) 3418177  
Calle 26 No. 136- 16 Piso 17 / Bogotá- Colombia

  **GOBIERNO DE COLOMBIA**

Dirección Nacional de Derechos de Autor <systemas.derechodautor@gmail.com> 15 de marzo de 2019, 14:40  
<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=60de463042&view=pt&search=all&permthid=thread-f53a1628101192663399653&simlmsig=f53a16281011926...> 1/2

**Informe peticiones, quejas y reclamos :** De conformidad a los lineamientos de la Ley 1474 de 2011 (artículo 76), el informe de peticiones, quejas y reclamos del segundo semestre de 2018 y del primer semestre de 2019, se comunicaron el 20 de marzo de 2019 y el 27 de agosto de 2019, respectivamente, al Gerente, Jefe Oficina Jurídica, Subgerente Administrativa y Financiera, Subgerente Asistencial, Profesional del Servicio al Ciudadano, con copia a la Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario. Igualmente, se comunicaron al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Dichos informes se encuentran publicados en la página web de la entidad.

Link <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=477>

No se solicitó la formulación de plan de mejoramiento para subsanar las deficiencias citadas en dichos informes, en razón a que el 3 de octubre de 2018, la Subgerente Administrativa y Financiera, la Jefe de la Oficina Jurídica, la Jefe de Sistemas y la Profesional de Servicio al Ciudadano presentaron un plan de mejoramiento a la Oficina de Control Interno, el cual se encuentra en ejecución y las observaciones son similares a las descritas en el seguimiento a las PQRSD del primer semestre

de 2018. Se instó para que se ejecuten las acciones dentro de los plazos descritos en dicho plan de mejoramiento, con el propósito de mejorar la gestión en el control de las PQRSD y evitar sanciones, de conformidad con las normas vigentes.

**Informe evaluación estrategia de rendición de cuentas 2019:** En cumplimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de 2019, la Oficina de Control Interno, el 27 de diciembre de 2019, realizó evaluación a la estrategia de rendición de cuentas, definida en el componente “Rendición de Cuentas”. En dicho informe se plantearon conclusiones y recomendaciones, el cual se comunicó al Gerente, Jefe Oficina de Planeación, Profesional de Servicio al Ciudadano y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El citado informe se encuentra publicado <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=477>

**Informe seguimiento comité de conciliación:** En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1167 de 2016 artículo 2.2.4.3.1.2.12, en abril de 2019 y agosto de 2019, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento al funcionamiento del comité de Conciliación y a las acciones de repetición correspondiente al segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019. En dichos informes se plantearon observaciones y recomendaciones, el cual se comunicó al Gerente y a la Jefe de la Oficina Jurídica, quien ejerce la Secretaría Técnica del citado comité y se encuentra en el link publicado <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=477>. Igualmente, dicho informe se comunicó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

**Informe seguimiento al funcionamiento equipos contrato 864/2015:** Mediante oficio del 30 de agosto de 2019, el Gerente solicitó a la Oficina de Control Interno el seguimiento con el propósito de determinar si los equipos adquiridos por la ESE Solución Salud mediante contrato 864 de 2015 se están utilizando en la prestación de los servicios de salud, a través de certificación de los respectivos Directores de los Centros de Atención. El 30 de septiembre de 2019, se comunicó al Gerente el informe con los resultados, observaciones y recomendaciones. Igualmente, se comunicó dicho informe a la Subgerente Administrativa y Financiera y el Almacenista, para el trámite correspondiente. Igualmente, dicho informe se comunicó al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Adicionalmente, el 24 de diciembre de 2019, se socializó dicho informe a la Junta Directiva de la ESE.

### Auditorías internas

En 2019, se realizaron las siguientes auditorías internas:

| Auditoría | Dependencia | Estado | Observación |
|-----------|-------------|--------|-------------|
|-----------|-------------|--------|-------------|

|  |   |           |   |
|--|---|-----------|---|
| Auditoría especial al proceso de Auditoría de Cuentas Médicas (Glosas en facturación)      | Subgerencia Administrativa y Financiera | Terminada | El 10 de septiembre de 2019, se formuló el respectivo plan de mejoramiento. |
| Auditoría especial legalización de cajas menores cierre 2018 de los 17 Centros de Atención | Subgerencia Administrativa y Financiera | Terminada | En trámite la formulación del plan de mejoramiento.                         |
| Auditoría especial al proceso de Tesorería (Pagos)   | Subgerencia Administrativa y Financiera | Terminada | En trámite la formulación del plan de mejoramiento.                         |
| Auditoría especial a Facturación (Devoluciones)  | Subgerencia Administrativa y Financiera | Terminada | En trámite la formulación del plan de mejoramiento.                         |

Las auditorías internas se comunicaron a los Jefes de Dependencia y/o Líderes de Proceso, al Gerente y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### **Seguimiento a planes de mejoramiento.**

### **Planes de mejoramiento con Organismos de Control.**

En febrero de 2019 y en julio de 2019, se elaboró el formato formato\_201712\_f10\_cdm\_avanceplandemejoramiento, el cual se rindió en la cuenta anual 2018 y en la del primer semestre de 2019 a la Contraloría Departamental del Meta. En dicho formato se reportó el avance de los planes producto a las auditorías a los estados contables 2016, glosas 2016, denuncia 050 de 2017 y denuncia 22 de 2018.

En enero de 2018, la ESE suscribió el plan de mejoramiento por los hallazgos descritos en el informe de auditoría realizada por la Contraloría General de la República sobre los recursos del SGR (contrato 864 de 2015). En virtud de lo anterior, en enero de 2019, se reportó a la Oficina de Control Interno de la Gobernación del Meta, el avance al plan de mejoramiento correspondiente al segundo semestre de 2018, con las evidencias del avance y cumplimiento del 100% las acciones correctivas.

### **Planes de mejoramiento auditorías internas y seguimientos de la Oficina de Control Interno.**

El 6 de marzo de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera la formulación del plan de mejoramiento producto del informe de control interno contable 2018. El 15 de mayo de 2019, se allegó el respectivo plan de mejoramiento.

El 21 de junio de 2019, la Oficina de Control Interno solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera la formulación del plan de mejoramiento producto del

informe de auditoría especial al proceso de Auditoría de Cuentas Médicas (glosas en facturación). El 10 de septiembre de 2019, se allegó el respectivo plan de mejoramiento.

El 30 de julio de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera la formulación del plan de mejoramiento producto del informe de auditoría especial a la legalización al cierre de la vigencia 2018 de las (17) cajas menores de los Centros de Atención 2018. A la fecha no se ha entregado el respectivo plan de mejoramiento, pese a reiteraciones escritas.

El 27 de diciembre de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera y a la Tesorera la formulación del plan de mejoramiento producto del informe de auditoría especial a la Tesorería (Pagos) vigencia 2018. A la fecha no se ha entregado el respectivo plan de mejoramiento

El 27 de diciembre de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera y a la Profesional de Facturación la formulación del plan de mejoramiento producto del informe de auditoría especial a la Facturación (Devoluciones) vigencia 2019. A la fecha no se ha entregado el respectivo plan de mejoramiento

Respecto a los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas o de los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno, la Oficina de Control Interno realizó los siguientes seguimientos durante el 2019. Vale la pena indicar que los jefes deben reportar a la Oficina de Control Interno los monitoreos de manera semestral en enero y julio de cada vigencia:

En el informe informe de seguimiento al comité de conciliación del segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019, se efectuó seguimiento al cumplimiento de las acciones descritas en el plan de mejoramiento. En el último seguimiento realizado en agosto de 2019, se observó que, de las 11 acciones programadas, 10 se terminaron y 1 acción continúa en proceso. Los informes se encuentran publicado en el siguiente link <http://www.esemeta.gov.co/verArticulo.php?id=477>

En abril de 2019, se realizó seguimiento al plan de mejoramiento producto de la auditoría especial a la Caja Menor del Centro de Atención de Cumaral, donde se observó que se cumplieron las 5 acción programadas.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera el formato de monitoreo con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones de mejoramiento del plan de mejoramiento de la Evaluación de Control Interno Contable 2018. A la fecha no se ha suministrado dicha información, pese a reiteraciones escritas.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera el formato de monitoreo con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones de mejoramiento del plan de mejoramiento de la auditoría especial de la Caja Menor del Nivel Central. El 9 de diciembre de 2019, se allegó dicha información. En el seguimiento realizado en diciembre de 2019, se observó que, de las 9 acciones programadas, 8 se terminaron y 1 acción continúa en proceso.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Jefe de Sistemas el formato de monitoreo, con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento de la auditoría al proceso de Sistemas. A la fecha no se ha suministrado dicha información, pese a reiteraciones escritas.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Subgerente Administrativa y Financiera, Jefe Oficina Jurídica, Jefe de Sistemas y Profesional del Servicio al Ciudadano el formato de monitoero, con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento del informe de PQRS. El 31 de octubre de 2019, se allegó dicha información. En el seguimiento realizado en noviembre de 2019, se observó que, de las 20 acciones programadas, 16 se terminaron y 4 acciones continúan en proceso.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Subgerente Asistencial el formato de monitoreo, con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento de la auditoría especial a Farmacia del Centro de Atención de Cumaral. El 19 de noviembre de 2019, se allegó dicha información. En el seguimiento realizado en noviembre de 2019, se observó que, de las 14 acciones programadas, 13 se terminaron y 1 acción continúa en proceso.

El 16 de julio de 2019, se solicitó a la Jefe Oficina Jurídica, el formato de monitoreo, con las respectivas evidencias que demuestren el cumplimiento de las acciones plan de mejoramiento de la auditoría del proceso de Compras. El 23 de septiembre y en noviembre 2019, se allegó dicha información. En el seguimiento realizado en noviembre de 2019, se observó que, de las 57 acciones programadas, 46 se terminaron y 11 acciones continúan en proceso.

Es importe señalar que la Oficina de Control Interno, comunicó el resultado de los seguimientos a los planes de mejoramiento producto de los seguimientos y de las

auditorías internas, a los Jefes de Dependencia, al Gerente y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

### Seguimiento rendición de informes PSFF.

Mediante Resolución 227 del 18 de abril de 2017, la ESE Solución Salud adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero PSFF 2016-2019, el cual fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo al concepto técnico de dicha entidad.

La ESE en cumplimiento a lo anterior, remite trimestralmente el seguimiento correspondiente a la Secretaría de Salud del Meta y al Ministerio de Hacienda a través del CHIP. Entre enero y diciembre de 2019, se rindieron los siguientes seguimientos:

| Período              | Rendición a la Secretaría de Salud |
|----------------------|------------------------------------|
| IV Trimestre de 2018 | 27/02/2019                         |
| I Trimestre 2019     | 14/06/2019                         |
| II Trimestre 2019    | 4/09/2019                          |
| III Trimestre 2019   | 22/11/2019                         |



The screenshot shows the CHIP interface with the following details:

- Entity: 120150000 - E.S.E. Empresa Social del Estado del Meta - Solución Salud
- Period: 01-10-2018 al 31-12-2018
- Category: MONITOREO RESUMEN PSFF E.S.E

| CODIGO | NOMBRE                                     | EJECUCIÓN ACUMULADA (INICIO VIGEN) (Porcentaje) | EJECUCIÓN ACUMULADA AL TRIMESTRE (Porcentaje) | EJECUCIÓN ESPERADA FINAL DE VIGEN (Porcentaje) | EXPLICACIÓN O ANÁLISIS  |
|--------|--|---|---|--|---|
| 1.1    | FORTALECIMIENTO DE LOS INGRESOS DE LAS ESE | 0.01  | 0.18  | 0.25   | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 18% con respecto a la meta esperada en el año.    |
| 1.2    | RACIONALIZACIÓN DEL GASTO                  | 0.40  | 0.13  | 0.15   | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 13.50% con respecto a la meta esperada en el año. |
| 1.3    | REESTRUCTURACIÓN DE LA DEUDA               | 0.00  | 0.00  | 0.00   | No se programaron medidas   |
| 1.4    | REORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA              | 0.74  | 0.17  | 0.20   | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 20.50% con respecto a la meta esperada en el año. |
| 1.5    | SANEAMIENTO DE PASIVOS                     | 0.38  | 0.08  | 0.20   | El avance de esta medida al cuarto trimestre fue de 0% con respecto a la meta esperada en el año.               |
| 1.6    | OTROS                                      | 1.00  | 0.00  | 0.00   | Para este grupo de medida no se programó avances, lo anterior porque ya se le dio cumplimiento a las mismas.    |



Entidad: 120150000 - E.S.E. Empresa Social del Estado del Meta - Solución Salud  
 Período: 01-01-2019 al 31-03-2019  
 Ambito: GENERAL  
 Categoría: MONITOREO RESUMEN PSFF E.S.E

Formulario: MONITOREO\_MEDIDAS Nivel: 1

| CODIGO | NOMBRE                                     | EJECUCIÓN ACUMULADA-INICIO VIGEN(Porcentaje) | EJECUCIÓN ACUMULADA AL TRIMESTRE(Porcentaje) | EJECUCIÓN ESPERADA FINAL DE VIGEN(Porcentaje) | EXPLICACIÓN O ANÁLISIS   |
|--------|--|--|--|---|--|
| 1.1    | FORTALECIMIENTO DE LOS INGRESOS DE LAS ESE | 0.79   | 0.00   | 0.17  | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 0.75% con respecto a la meta esperada en el año. |
| 1.2    | RACIONALIZACIÓN DEL GASTO                  | 0.59   | 0.05   | 0.21  | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 9.33% con respecto a la meta esperada en el año. |
| 1.3    | REESTRUCTURACIÓN DE LA DEUDA               | 0.00   | 0.00   | 0.00  | No se programaron medidas  |
| 1.4    | REORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA              | 0.91   | 0.03   | 0.05  | El avance de este grupo de medidas al cuarto trimestre fue de 7% con respecto a la meta esperada en el año.    |
| 1.5    | SANEAMIENTO DE PASIVOS                     | 0.44   | 0.00   | 0.20  | Esta medida no presenta avance durante el primer trimestre del 2019 con respecto a la meta esperada en el año. |
| 1.6    | OTROS                                      | 1.00   | 0.00   | 0.00  | Para este grupo de medida no se programó avances, lo anterior porque ya se le dio cumplimiento a las mismas.   |

Entidad: 120150000 - E.S.E. Empresa Social del Estado del Meta - Solución Salud  
 Período: 01-04-2019 al 30-06-2019  
 Ambito: GENERAL  
 Categoría: MONITOREO RESUMEN PSFF E.S.E

Formulario: MONITOREO\_MEDIDAS Nivel: 1

| CODIGO | NOMBRE                                     | EJECUCIÓN ACUMULADA-INICIO VIGEN(Porcentaje) | EJECUCIÓN ACUMULADA AL TRIMESTRE(Porcentaje) | EJECUCIÓN ESPERADA FINAL DE VIGEN(Porcentaje) | EXPLICACIÓN O ANÁLISIS   |
|--------|--|--|--|---|--|
| 1.1    | FORTALECIMIENTO DE LOS INGRESOS DE LAS ESE | 0.79   | 0.03   | 0.17  | A pesar de que se cumplieron los compromisos en cuanto a depuración, conciliación de glosas y cartera de la vigencia 2016, estos problemas persisten y es necesario fortalecer esta área. Se avanzó en la gestión de convenios de PIC y brigadas de salud para |
| 1.2    | RACIONALIZACIÓN DEL GASTO                  | 0.59   | 0.03   | 0.21  | Se han cumplido los controles de gastos a medicamentos. Horas extras, contratación de personal, viáticos. Se encuentra suspenso en contrato de costos abo de la empresa.   |
| 1.4    | REORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA              | 0.91   | 0.05   | 0.05  | No se han cumplido las metas correspondientes a las fallas del SEVEN y Hospital. Siguen presentando fallas y generando reportes manuales. Igualmente es necesario seguir mejorando en el proceso de demanda inducida.  |
| 1.5    | SANEAMIENTO DE PASIVOS                     | 0.44   | 0.00   | 0.20  | Al segundo trimestre de 2019 no se han realizado pago de pasivos por los procesos judiciales. El Pasivo suman \$1.200 millones al saldo del contrato 804 de 2015, con problemas legales  |
| 1.6    | OTROS                                      | 1.00   | 0.00   | 0.00  | Se fortaleció el área jurídica de la empresa.  |

## CATEGORÍAS

GenerarReporteCiudadano

[Volver](#)

Entidad: 120150000 - E.S.E. Empresa Social del Estado del Meta - Solución Salud  
 Período: 01-07-2019 al 30-09-2019  
 Ambito: GENERAL  
 Categoría: MONITOREO RESUMEN PSFF E.S.E  
 Categoría: MONITOREO RESUMEN PSFF E.S.E  
 Formulario: MONITOREO\_MEDIDAS  
 Nivel: 1



| CODIGO | NOMBRE | EJECUCIÓN ACUMULADA-INICIO VIGEN(Pocentaje) | EJECUCIÓN ACUMULADA AL TRIMESTRE(Pocentaje) | EJECUCIÓN ESPERADA FINAL DE VIGEN(Pocentaje) | EXPLICACIÓN O ANÁLISIS  |
|--------|--------|---|---|--|---|
|        |        |   |   |  | A pesar de que se cumplieron los compromisos en cuanto a ejecución, calificación de |

El informe sobre el PSFF correspondiente a la evaluación del 2018 realizada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en uno de sus apartes concluye lo siguiente:

Del conjunto de análisis efectuados al periodo de corte, en particular los correspondientes a la presentación oportuna de información, la validación de información presupuestal, los avances de medidas, los resultados del escenario financiero, el recaudo efectivo de las fuentes de financiación del Programa, el pago del pasivo y los resultados en producción, se concluye:

Tabla 6 - 2

| EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN EJECUCIÓN DEL PSFF |         |             |              |        |
|--|---------|-------------|--------------|--------|
| INDICADORES                                  | PUNTAJE | PONDERADOR  | CALIFICACIÓN | ALERTA |
| Matriz de medidas                            | 100,0   | 10%         | 10           | BAJA   |
| Operación Corriente - Equilibrio             | 100,0   | 40%         | 40           | BAJA   |
| Fuentes del PSFF                             | 72,2    | 10%         | 7            | ALTA   |
| Pago del Pasivo                              | 83,0    | 30%         | 25           | MEDIA  |
| Producción                                   | 100,0   | 10%         | 10           | BAJA   |
| <b>TOTAL</b>                                 |         | <b>100%</b> | <b>92</b>    |        |
| <b>Alerta BAJA</b>                           |         |             |              |        |

Aunque la ESE presentó como calificación en la evaluación un rango de Alerta Baja, es necesario que se revisen los reportes de información entregados en la plataforma de Monitoreo, los cuales no son consistentes con la información reportada en SIHO, la cual es fuente de contraste para esta evaluación.

Por otro lado, los valores reportados en la operación corriente de la ESE del PSFF viabilizados deben ser los techos presupuestales bajo los cuales la ESE debe aprobar sus presupuestos, por lo que no deberían existir diferencias que superen estos valores. Dicha situación genera incumplimiento en las metas del PSFF.

## Relación con los entes de control externos.

Este rol se desarrolla a través de la presentación de informes y suministro de información a los entes externos de control, con el fin de facilitar el flujo de información con dichos organismos, ejemplo con Contraloría Departamental del

Calle 37 No. 41-80 Barzal Alto Villavicencio - Meta

PBX: 6610200, Línea Gratuita: 018000918663

[www.esemeta.gov.co](http://www.esemeta.gov.co)

[gerencia@esemeta.gov.co](mailto:gerencia@esemeta.gov.co)

FR-GQ-01. V3 Correspondencia Institucional

Meta, Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación, en la rendición de informes, requerimientos de información y auditorías.

**2. Programa 3: Hacia una Cultura Eficiente de Servicio y de Participación Ciudadana.**

- **Subprograma 1: ACCESIBILIDAD AL CIUDADANO.**

**4. META PRODUCTO:** Mantener una satisfacción de los usuarios.

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Mantener la satisfacción del usuario al 95%.  
**ACCION:** Divulgación de los derechos y deberes a los usuarios de los 17 centros de atención.
- **COMPONENTE:** implementar circular 08 2018.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Implementación circular 08.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** Número de oficinas implementadas / total centros atención.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 100%            | 0%         | 19 / 19         | 100% |

**3. OBSERVACIONES:** Esta actividad fue evaluada con la cantidad de funcionarios en el servicio al ciudadano, para un total de 19 funcionarios de forma permanente durante la vigencia, uno por cada IPS, incluyendo la Julia y San Juan de Arama tiene 2.

- **ACCION:** Analizar y socializar los resultados de las encuestas realizadas encuesta de satisfacción de los usuarios.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de usuarios satisfechos.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. De Usuarios que se encuentran satisfechos con los servicios prestados/No. total de encuestas aplicadas\*100.
- **OBSERVACIONES:** Según los resultados en general la ESE logró la satisfacción esperada durante la vigencia del 2019.

| META / PRODUCTO   | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|---|------------|-----------------|------|
| Mantener el indicador dentro de los estándares establecidos por la normatividad vigente | 0%         | 64469 / 64682   | 100% |

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Dar resolución al 100% de las peticiones quejas y reclamos.
- **ACCION:** Cumplir con el proceso de las PQR.
- **COMPONENTE:** Dar respuesta oportuna a las PQR en los términos establecidos por la ley.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Porcentaje de resolución de quejas
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. de quejas de resolución de quejas/Total de quejas presentadas.

| META / PRODUCTO             | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------------------|------------|-----------------|------|
| Resolver el 100% de las PQR | 95%        | 142 / 142       | 100% |

- **ACCION:** Realizar un análisis y evaluación de las PQR presentadas por los usuarios.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Identificar las principales causas de insatisfacción del usuario externo.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Informe Trimestral PQR.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN** No. de Informes Presentados/Total Informes programados.

| META / PRODUCTO | LINEA BASE | INDICADOR ANUAL |      |
|-----------------|------------|-----------------|------|
| 100%            | 4%         | 4 / 4           | 100% |

- **OBSERVACIONES:** Para la vigencia 2019 se analizaron las evaluaciones de PQR por parte del nivel central y por parte de las diferentes instituciones. Se han enviado los informes a planeación y publicado en página web.

Otras líneas ejecutadas por la Subgerencia Asistencial y área Servicio al Ciudadano las cuales no hacen parte del Plan de Acción fue el de RENDICION DE CUENTAS A LA CIUDADANIA cumplimiento fue el siguiente:

|   |          |
|---|----------|
| Elaboración del video promocionando la participación de la comunidad en la rendición de cuentas.  | CUMPLIDO |
| Identificar las expectativas del ciudadano sobre los temas a tratar en la rendición de cuentas.   | CUMPLIDO |
| Dar a conocer al ciudadano, la forma de presentar inquietudes sobre los temas a tratar en la audiencia de rendición de cuentas. Informar fecha, sitio y temas de rendición de cuentas, (página web, boletín o comunicado de prensa'), | CUMPLIDO |
| Publicar material utilizado en la audiencia de rendición de cuentas y la respectiva acta en la página web   | CUMPLIDO |

|  |            |
|--|------------|
| Emitir y publicar boletines de prensa relacionados con la gestión misional y administrativa en la página web.  | CUMPLIDO   |
| Mesas de trabajo con la ciudadanía en los Centros de Atención en Salud de: La Macarena, Mapiripan y Uribe durante la vigencia  | CUMPLIDO   |
| Audiencia de Rendición de Cuentas (Informe de gestión anual)   | CUMPLIDO   |
| Incentivar a la comunidad por la participación en el control social en la rendición de cuentas, a través de una certificación reconocimiento público.                      | EN PROCESO |
| Practicar la encuesta de evaluación de satisfacción del cliente en la audiencia pública.   | CUMPLIDO   |
| Actualizar el Procedimiento de PQR.  | CUMPLIDO   |
| Difundir en medios virtuales de la entidad los canales de atención al ciudadano utilizando las diferentes redes sociales, página web o medios similares.                   | CUMPLIDO   |
| Publicación mensual de las solicitudes y tiempos de respuesta de las PQRS  | CUMPLIDO   |
| Medir la percepción de los ciudadanos en forma semestral.  | CUMPLIDO   |
| continuar con la Publicación en la Web un video en lenguaje de señas para divulgar información institucional relacionada con los derechos y deberes y horario de atención. | CUMPLIDO   |
| Publicación mensual de las solicitudes y tiempos de respuesta de las PQRS  | CUMPLIDO   |

### 3. **Programa 4: Fortalecimiento Jurídico**

- 19. Subprograma 1: TRANSPARENCIA DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL.

#### 1. **META PRODUCTO:** Mantener actualizado el banco de proveedores de la entidad.

- ACCION: Ingresar los nuevos proveedores al registro de proveedores.
- COMPONENTE: Ampliar el número de posibles proveedores.
- NOMBRE INDICADOR PLAN DE ACCION: Nuevos proveedores incluidos en el listado.
- FORMULA DEL INDICADOR: Numero de proveedores incluidos en el registro.
- CUMPLIMIENTO: 100%.
- INDICADOR: 1

OBSERVACIONE: Que previo a que se llevara a cabo la actualización mencionada, la suscrita entidad contaba con (138) proveedores. Mediante resolución 444 de 2019 se actualizo el listado de proveedores ingresando (79) nuevos proveedores para un total de 217 proveedores.

### 4. **Programa 5: Control Disciplinario**

- **20 SUB PROGRAMA 1:** Gestión del Control para el Mejoramiento Institucional.

#### 1. **META PRODUCTO:** Rendir informe trimestral a la Gerencia del estado de los procesos por parte de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario

- **ACCION:** Adelantar de conformidad de la ley 734 del 2002 todas las quejas presentadas dentro de los términos estipulados para ello.
- **COMPONENTE:** Se presentará un informe trimestralmente a la gerencia indicando el estado de los procesos que reposan en dicha oficina.
- **NOMBRE INDICADOR PLAN DE ACCION:** Quejas disciplinarias tramitadas.
- **FORMULA DEL INDICADOR:** No. de quejas tramitadas/No. de quejas presentadas.
- **INDICADOR:** 4 / 4.
- **CUMPLIMIENTO:** 100%.

**OBSERVACIONE:** durante la vigencia 2019 entregaron 4 informes sobre el estado de los procesos a la gerencia, los cuales contenían un resumen detallado de los procesos gestionados durante el periodo evaluado e igualmente se relacionaban otras actividades propias de la Oficina. durante la vigencia 2019 se dio inicio a 32 actuaciones Disciplinarias, las cuales se encuentran de la siguiente manera.

- ✓ 28 procesos se encuentran en etapa de Indagación Preliminar
- ✓ 1 proceso en etapa de Investigación Disciplinaria
- ✓ 1 proceso se remitió por competencia a la Fiscalía General de la Nación
- ✓ En 2 procesos se profirió archivo definitivo de la acción Disciplinaria.
- ✓ Se realizo la fijación de 7 estados de notificación.

- **21. Subprograma 2:** Uso Racional de los Recursos Físicos de la E.S.E.

**1. META PRODUCTO:** Garantizar la disponibilidad médicos - quirúrgicos y elementos necesarios para el buen funcionamiento de procesos Asistenciales y Administrativos

- **INDICADOR DE PRODUCTO:** Seguimiento a plan de compras.
- **ACCION:** Ejecutar el plan anual de compras.
- **COMPONENTE:** Números de modificaciones del plan de compras.
- **INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** Modificaciones del plan de compras.
- **FORMULA DEL INDICADOR PLAN DE ACCIÓN:** No más de 4 modificaciones del Plan de Compras durante vigencia 2019.
- **CUMPLIMIENTO:** 100%
- **OBSERVACIONES:** Durante la vigencia 2019, el plan de compras aprobado mediante resolución 082 de 2019 no sufrió modificaciones