

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 1 de 25
		200-1-1

205-28-06-2019-003

**INFORME PORMENORIZADO
ESTADO DEL CONTROL INTERNO
PERIODO JULIO A OCTUBRE DE 2019**



Fuente: Función Pública, 2017

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, la Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Manuela Beltrán, presenta a continuación el informe de los avances del Modelo Estándar de Control Interno MECI en articulación con el Modelo Integral de Planeación y de Gestión.

A partir de la expedición de la normativa contenida en el Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán avanza en la instrumentalización, adecuación y ajustes para la completa y adecuada implementación del nuevo modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

Para la vigencia 2019, han sido ejes articuladores del plan acción institucional, las siete dimensiones operativas del MIPG, y el Plan de Desarrollo Institucional, impartándose claras directrices para su formulación, ejecución y reportes de seguimiento por parte de la Alta Gerencia con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno.

La Alta Gerencia mediante Resolución No. 051 del 23 de febrero de 2018 creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el cual es el encargado de orientar la implementación y la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. – MIPG en la entidad.

Durante el periodo de Julio a Octubre de 2019 se realizaron las siguientes actividades teniendo en cuenta lo contemplado en la séptima dimensión de control interno dentro del MIPG, en línea con las buenas prácticas que referencia el Modelo COSO, y actualizado en un esquema de cinco (5) componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo.

	<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 2 de 25
		200-1-1

1. AMBIENTE DE CONTROL

• DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN.

Bajo el liderazgo de la Gerencia y el apoyo de la Oficina de Control Interno, se continúa trabajando en el compromiso de la integridad del Servidor Público, durante el mes de octubre se realizó actividad con el personal de planta y colaboradores del Área Administrativa de la entidad que correspondió a Taller sobre la Cultura del Autocontrol y retroalimentación del Código de Integridad del Servidor Público.

Actividad que estuvo acompañada del compromiso de la Alta Gerencia y se conto con la participación de todo el personal.



Este componente focaliza primordialmente el compromiso de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán con la integridad, es así como durante el período en cada uno de los ejercicios de inducción y reinducción que lleva a cabo la oficina de Talento Humano presenta y socializa a cada uno de los asistentes el “Código de Integridad – Valores del Servidor Público”.

Institucionalidad.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en lo transcurrido de la presente vigencia, y en cumplimiento a la Resolución Interna 235 del 05 de septiembre de 2017, sesiono el 05 de marzo en las instalaciones del Despacho de la Gerencia, se tiene prevista realizar la segunda reunión en el mes de diciembre.

En cumplimiento a la Resolución Interna 051 del 23 de febrero de 2018, se apoyo la realización del Comité de Evaluación de Gestión y Desempeño, realizado el día 05 de septiembre donde se desarrollaron los siguientes temas.

	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 3 de 25
		200-1-1

- Informe de Ejecución de los POAI 2019 a cargo de cada responsable
- Informe Avances Certificación Consulta Especializada a cargo Ing. Angélica María Rueda Jiménez
- Informe Avances Implementación Modelo Integral de Planeación y Gestión MIGP
- Informe Seguimiento Mapa de Riesgos
- Informe Plan de Mejoramiento suscrito con la contraloría
- Informe de Avances Plan de Mejoramiento Archivo General de la Nación
- Informe Ejecución Planes de Bienestar y Estímulos y Capacitación primer Semestre a cargo del Líder de Proceso de Gestión del Talento Humano
- Informe Evaluación de Desempeño Servidores Públicos período de Prueba a cargo Líder del Proceso de Gestión del Talento Humano
- Informe Evaluación Índice de Transparencia de Acceso de la Información a cargo de Líder de Proceso Mercadeo y Gestión de Control Interno
- Informe Seguimiento Plan de Mejoramiento Archivo General de la Nación y convalidación Tablas de Retención Documental a cargo Líder de Proceso de Gestión Documental y Gestión Control Interno
- Informe Evaluación FURAG 2018 a cargo Líder de Proceso Gestión Control Interno
- Informe de Derechos de Petición primer semestre a cargo Líder de Proceso de Gestión Jurídica
- Informe PQRS primer semestre de 2019 a cargo de Líder Proceso SIAU y Coordinador Sistemas Integrados de Gestión

Seguimiento Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

Se realizó el informe correspondiente al segundo seguimiento con corte al 30 de agosto de 2019, fue presentado y publicado en la página web institucional.

El Seguimiento al Plan Anticorrupción tiene carácter preventivo para el control de la gestión institucional.

The screenshot shows the website interface for ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro. The navigation menu includes: Inicio, El Hospital, Transparencia e Informes, Servicios, Atención al Ciudadano, Citas Especializadas, and Contáctenos. The main content area displays a list of reports under the heading 'Informes de Gestión de Desarrollo Institucional':

- Primer Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción vigencia 2016
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2017
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2018
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Vigencia 2019

Below this list, a breadcrumb trail reads: Inicio / Control Interno / Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. The main content area lists several items:

- Resolución Adopción Plan Anticorrupción 2019.
- Primer Seguimiento**
 - Mapa de Riesgos Plan Anticorrupción 2019.
 - Informe Primer Seguimiento Plan Anticorrupción 2019.
- Segundo Seguimiento**
 - Mapa de Riesgos Plan Anticorrupción 2019.
 - Informe Segundo Seguimiento al Plan Anticorrupción vigencia 2019.

	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 4 de 25
		200-1-1

Planes, Programas y Proyectos

En el ejercicio de evaluación y seguimiento que se realiza por parte de los Jefes de Control Interno al cumplimiento de las metas y proyectos trazados en el Plan de Gestión y Desarrollo Institucional.

En el seguimiento realizado a los Planes Operativos Anuales de Inversiones correspondiente a la vigencia 2019, se observó que estos fueron formulados por los líderes de proceso durante el primer trimestre del año, quienes en sesión del Comité de Gestión y Desempeño realizada el 29 de abril de 2019, los presentaron y socializaron siendo aprobados por el comité.

Se realizó la evaluación correspondiente a la ejecución del primer semestre de los Planes Operativos Anuales de Inversiones 2019, resultados que fueron socializados por cada uno de los líderes de procesos en el Comité de Gestión y Desempeño que se llevó a cabo el 5 de septiembre.

Donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Como resultado de la exposición y evaluación del primer semestre, se realizó la matriz de evaluación y ejecución.

Se presentaron 50 metas para el primer semestre de las cuales se obtienen los siguientes resultados.

Cantidad Metas	Porcentaje Alcanzado
39	100%
1	86%
1	79%
1	76%
1	50%
1	3%

Obteniendo un promedio de ejecución para el primer semestre del 78%.

En general el porcentaje de cumplimiento alcanzado es bueno, teniendo en cuenta que ya se encuentran la mayoría de las metas cumplidas durante el primer semestre, se recomienda mantener los indicadores durante el segundo semestre, y realizar los ajustes y acciones de mejora donde aun no se hayan cumplido las metas.

En el ejercicio de evaluación se observa que las metas que tienen 0% de avance en su ejecución son metas de periodicidad anual, que deberán ejecutadas durante el segundo semestre.

Indicadores de Gestión

Los Indicadores son mecanismos que permiten que la entidad controle el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 5 de 25
		200-1-1

La entidad formuló indicadores en el Plan de Desarrollo y Gestión para la vigencia 2016-2020, con base en la estructura del plan.

La entidad establece que todas las áreas y procesos deberán identificar, y controlar y reportar oportunamente las desviaciones de la gestión y de sus proyectos a través del cumplimiento de los indicadores, el seguimiento y evaluación respectiva, correspondiente al control, y estos serán evaluados semestralmente por la Alta Dirección.

Se realizó la evaluación correspondiente a la ejecución del primer semestre de los Indicadores de los Planes Operativos Anuales de Inversiones 2019, resultados que fueron socializados por cada uno de los líderes de procesos en el Comité de Gestión y Desempeño que se llevo a cabo el 5 de septiembre con los siguientes resultados.

EJE ESTRATEGICO	ESTRATEGIA	No.	META	INDICADOR	RESULTADO ESPERADOS EN EL CUATRENI	PROGRAMDO	EJECUTADO I SEMESTRE	CUMPLIMIENTO
						2019	2019	
1.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	1	Evaluar anualmente la aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes cuyo resultado debe ser 70,80	Evaluación Anual realizada Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	70,80	70,80	Enero: 1 Febrero: 1 Marzo: 1 Abril: 1 Mayo: 1 Junio: 1 Promedio: 1	100%
2.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	2	Evaluar anualmente la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, propender porque resultado de la evaluación su índice sea 70,80	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	70,80	70,80	Primer trimestre: 0,98 Segundo Trimestre: 1 Promedio: 0,98	100%
3.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	3	Evaluar anualmente la atención oportuna en pacientes que requieran la realización de Apendicetomía, y propender que el resultado de la evaluación su índice sea 70,90	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	70,90	70,90	Enero: 0,9 Febrero: 0,94 Marzo: 1 Abril: 0,91 Mayo: 1 Junio: 1 Promedio: 0,95	100%
4.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	4	Mantener el índice de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual Cero (0) ó Variación Negativa	1. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación 2. Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalarios en la vigencia objeto de evaluación-Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0	0	Enero: 0 Febrero: 0 Marzo: 0 Abril: 0 Mayo: 0 Junio: 0 Promedio: 0	100%



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 6 de 25

200-1-1

5.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	5	Mantener el índice Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Mocardio (IAM) ?0,90	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior al diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Mocardio en la vigencia	?0,90	?0,90	Enero: 1 Febrero: 1 Marzo:1 Abril: 1 Mayo: 1 Junio: 1 Promedio: 1	100%
6.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	6	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría y propender que su índice sea ?5	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	?5	?5	Primer Semestre: 6,57 Días	0%
7.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	7	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes de obstetricia y propender que sus índice sea ?8	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	?8	?8	Primer Semestre: 6,07	100%
8.SERVICIOS	Fortalecer el Modelo de Atención de la E.S.E mediante el resultado de Indicadores de Gestión que permitan medir la calidad de la Atención y el cumplimiento de la Resolución 743 de 2013.	8	Prestar los servicios con Oportunidad en la atención de pacientes en Medicina Interna y propender porque su índice sea ?15	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	?15	?15	Primer Semestre: 7,67	100%
9.SERVICIOS	Fortalecer los Servicios de Alta Complejidad ante las EPS con una estrategia adecuada de mercadeo.	9	Realizar dos Campañas anuales de los servicios que presta la institución a través de diversos Medios de Comunicación, que existen en el área de influencia.	Número de Campañas planeadas/Número de Campañas ejecutadas	5	2	2	100%
10.SERVICIOS	Fortalecer el liderazgo académico gestionando Seminarios, Simposios dirigidos a los profesionales de la Región y a los profesionales de la E.S.E.	10	Gestionar la realización anual de Seminarios ó Simposios dirigidos a los profesionales de la región y al personal de la E.S.E	Número de Seminarios ó Simposios realizados/Número de Seminarios Planeados	4	1	0	0
13.SERVICIOS	A través de recursos propios ó gestionados ante el departamento o la Nación, adquirir dotación de equipos biomédicos para las diferentes especialidades.	11	Realizar la Compra de 5 puertas de acceso a los quirófanos.	Número de puertas adquiridas/Número de puertas programadas a adquirir	5	5	0	0



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 7 de 25

200-1-1

14.SERVICIOS	Implementar un Programa de Fortalecimiento de adherencia de procesos, procedimientos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	12	Realizar dos (2) reuniones anuales de fortalecimiento de adherencia a proceso, procedimientos, protocolos, Guías de Manejo y Programa de Seguridad del Paciente.	Número de Campañas ejecutadas/Número de Campañas Planeadas	4	2	1	100%
15.SERVICIOS	Fortalecer la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	13	Realizar dos reuniones dos (2) reuniones anuales de Socialización del Programa de Seguridad del Paciente al 90% del Personal de la E.S.E	Personal capacitado en el Programa de Seguridad del paciente/Total personal de la E.S.E	5	2	1	100%
16.SERVICIOS	Fortalecer la Implementación del Programa de Seguridad del Paciente.	14	Realizar una Medición anual del Nivel de Adherencia al Programa de Seguridad del Paciente en la entidad.	Número de Mediciones de adherencia al Programa/Total de Mediciones Planeadas	3	1	1	100%
17.SERVICIOS	Desarrollar Políticas al interior de la organización incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado.	15	Documentar la Actualización de la Política de Humanización y realizar el proceso de socialización	Política Documentada y aprobada mediante acto administrativo y socializada	1	1	1	100%
		16	Realizar tres (3) Capacitaciones en cultura de servicio y trato humanizado al personal de la entidad.	Número de Capacitaciones ejecutadas/Número de Capacitaciones planeadas	3	1	0	0
		17	Realizar anualmente evaluación de adherencia a la Política de Humanización	Número de Mediciones de adherencia al Programa/Total de Mediciones Planeadas	2	1	1	100%
18.SERVICIOS	Fortalecer el Sistema de Costos por actividad basados en la nueva normatividad, con el fin de tomar decisiones basados en hechos, mejorando la contratación de tarifas con los EPS.	18	Realizar el procedimiento de Costeo por actividad a los 17 centros de costos basados en la normatividad vigente	Número de Procedimientos costeados realizados en el periodo/Número de Procedimientos Costeados planeados	17	17	13	76%
19.SERVICIOS	Atención materno infantil integral con énfasis en cero barreras administrativas y operativas para el binomio madre hijo, los cuales se reflejen en disminución en indicadores de morbilidad materna extrema, bajo peso, mortalidad perinatal y presencia de patologías como sífilis gestacional, congénita, hipertensión materna, diabetes materna	19	Realizar campañas que permitan Captar el 85% de las gestantes para consulta prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación / gestantes que consultaron por primera vez antes de las 12 semanas	85%	85%	79%	79%
		20	Realizar control y seguimiento integral con médico, enfermera nutrición, psicología del 90% de las gestante cumpliendo con el 90% de las acciones preventivas	Número de Controles integrales realizados a las gestantes del registro de consulta externa / total de gestantes del régimen subsidiado registrado para la entidad	90%	90%	86%	86%
		21	Aplicar los Protocolos de Disminución de casos de sífilis congénita	Nivel de adherencia a los protocolos establecidos	100%	100%	100%	100%
20.SERVICIOS	Reorganizar el área de observación de urgencias con acceso adecuado a la sala de espera.	22	Realizar la adecuación del área de sala de espera de urgencias a la sala de observación que permita el acceso directo al servicio.	Área de observación de urgencias con acceso adecuado a la sala de espera.	1	1	1	100%



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 8 de 25

200-1-1

1. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	23	Disminuir el índice de Evolución del Gasto por unidad de valor relativo producida	Gastos de Funcionamiento y Operación Comercial y prestación de Servicios comprometido en el año objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia	1,10	1,10	1,10	100%
		24		Gastos de funcionamiento y producción comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia anterior			1,10	100%
2. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	25	Establecer estrategias que permitan la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico se realice mediante algunos de los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: : 1. Compras Conjuntas. 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos / Total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material médico quirúrgico	0,20	0,24	0,27	100%
3. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	26	Mantener el índice de Monto de la deuda inferior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior Cero (0) ó Variación Negativa	1. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. 2. ((Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes))	0	0	0	100%
4. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	27	Presentar trimestralmente ante la Junta Directiva la Información de registro Individual de prestaciones-RIPS (4)	Informes trimestrales presentados a la Junta Directiva de registro Individual de prestaciones-RIPS	16	4	2	100%
5. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	28	Mantener el Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo ?1,00	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/Valor de la Ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	?1,00	?1,00	0,49	50%
6. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	29	Dar cumplimiento oportuno a la entrega del reporte de información de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya en los tiempos establecidos.	Cumplimiento al 100% en la entrega oportuna de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	100%	100%	100%
7. FINANCIERO	Fortalecer los indicadores financieros cumpliendo las metas establecidas en la Resolución 743 de 2013	30	Dar cumplimiento en la entrega oportuna del reporte de información del Decreto 2193/04 o la norma que lo sustituya en los términos y tiempos establecidos.	Cumplimiento al 100% de los informes en los términos de la normatividad vigente	100%	100%	100%	100%



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 9 de 25

200-1-1

Seguimiento trimestral al presupuesto para mantener el equilibrio financiero. (Comité de sostenibilidad contable)	31	Realizar cuatro (4) seguimientos al año al presupuesto en el comité de sostenibilidad contable	Número de Seguimientos realizados en comité /Número de Seguimientos Planeados	14	4	4	100%
Participación de los servidores públicos de la entidad en las capacitaciones convocadas por los entes Nacionales y Departamentales en los Temas del Área Financiera y Contable	32	Asistir a dos (2) capacitaciones anuales convocadas por los entes nacionales o departamentales capacitaciones de temas financieros y Contables.	Número de Capacitaciones en temas financieros a las cuales asiste el personal del área financiera/Número de Capacitaciones convocadas en temas financieros y contables	8	2	2	100%
Establecer las estrategias de cobro entre la parte gerencial, administrativa y apoyo jurídico para disminuir la rotación de la cartera	33	Disminuir la rotación de cartera en 30 días durante el cuatrienio	$Ind R = \text{ventas año} / ((CxC \text{ Año } - 1 + CxC \text{ Año } 0) / 2)$ Rotación= 360/ Ind R.	230	235	226	100%
Mantener la cartera conciliada para aprovechar oportunidades de saneamiento del sector como compras de cartera, cesiones de crédito y demás alivios financieros por parte del Gobierno Nacional, Departamental y las Aseguradoras.	34	Realizar Dos (2) conciliaciones de saldo por año con las principales aseguradoras (Que representen más del 80% de la Cartera)	Número de Conciliaciones de saldo realizadas en el año/Número de Conciliaciones Planeadas	7	2	32	100%
Realizar visitas de referenciación competitiva a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad, con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	35	Realizar una visita de referenciación competitiva a Instituciones de igual o mayor nivel de complejidad, con el fin de realizar comparación con las mejores prácticas.	Número de visitas de referenciación competitiva realizadas/Número de visitas planeadas	4	1	1	100%
Posicionar la Imagen Corporativa basándonos en Referenciación competitiva	36	Realizar dos (2) campañas anuales de comunicación en diferentes medios (prensa escrita, televisión, radio) más los que han traído las nuevas tecnologías tales como Internet, redes sociales, entre otros	Número de campañas realizadas / Número de campañas Programadas	5	2	2	100%
Realizar campañas de socialización de los Procedimientos, Protocolos de las Guías institucionales y posteriormente medir el nivel de adherencia.	37	Coordinar una jornadas anual de Socialización de los Procedimiento, Protocolos, de las Guías Institucionales con los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo.	Número de jornadas de socialización realizadas/Número de Socializaciones planeadas	2	1	1	100%
	38	Realizar una (01) evaluación anual de medición del Nivel de adherencia	Número de mediciones realizadas/Número de mediciones planeadas	2	1	1	100%



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 10 de 25

200-1-1

Actualización del Normograma de la Entidad	39	Realizar la actualización anual del Normograma de la entidad	Normograma actualizado y socializado	1	1	1	100%
Realizar seguimiento a los estándares de Habilitación para su debido cumplimiento	40	Realizar una (1) autoevaluación anual a los estándares de habilitación	Autoevaluación anual realizada	3	1	1	100%
Capacitar permanente en la Resolución 1995 de 1999 al líder y equipo del Proceso de historias clínicas	41	Realizar dos (02) capacitaciones anuales en la Resolución 1995 de 1997	Número de capacitaciones realizadas/número de Capacitaciones planeadas	4	1	1	100%
Realizar mantenimiento a las instalaciones por deterioro de la infraestructura que requieran intervención	42	Realizar el Mantenimiento respectivo a la infraestructura que lo requiera por su deterioro de acuerdo a Plan de Trabajo	Porcentaje de avance de Mantenimiento realizado de acuerdo al plan de trabajo establecido	100%	100%	50%	100%
Establecer el perfeccionamiento de la administración de archivos, la preservación de la información, el acceso a la información, el fortalecimiento y articulación, en aspectos tecnológicos y de seguridad, proyectándose a contar con instrumentos archivísticos.	43	Documentar y Socializar el Plan Institucional de archivo (PINAR), Programa de Gestión Documental (PGD), Sistema Integrado de Conservación (SIC).	Número de Documentos realizados y Socializados/Número de Documentos Planeados.	3	3	3	100%
Fortalecer las competencias y habilidades del recurso humano de la Institución a partir de la implementación de Programas de capacitación y bienestar	44	Formular e Implementar anualmente el Plan de Capacitación y Formación y el Programa de Bienestar y Estímulo, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP	Programa de Capacitación y Formación formulado e implementado	3	1	1	100%
	45		Programa de Bienestar y Estímulos formulado e implementado	3	1	1	100%
	46		Realizar Semestralmente seguimiento al Plan de Capacitación y Formación y al Plan de Bienestar y Estímulos	Número de seguimientos realizados /Número de seguimientos planeados	4	2	1

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 11 de 25
		200-1-1

Realizar reuniones de sensibilizaciones a los servidores públicos de la entidad incentivando la cultura de servicio y un trato humanizado	47	Realizar dos (02) reuniones de sensibilizaciones anuales en cultura de servicio y trato humanizado a los servidores públicos de la entidad	Número de reuniones de sensibilización realizados / Número de sensibilizaciones planeados	5	2	1	100%
Fortalecer el Sentido de Pertenencia Institucional del Talento Humano de la Institución.	48	Realizar dos (02) talleres anuales incentivando el sentido de pertenencia institucional del Talento Humano de la entidad.	Número de talleres realizados/Número de talleres planeados	5	2	0	0
Capacitar a los líderes de los procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los Procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad.	49	Realizar una capacitación anual a los líderes de procesos sobre el Cumplimiento de la normatividad vigente para los Procesos de Contratación de Personal, que permitan evitar la tercerización laboral e intermediación laboral en la entidad.	Número de Capacitaciones Realizadas / Número de Capacitaciones Programadas	3	1	0	0
Medir el clima organizacional y de acuerdo a los resultados establecer las acciones de mejora	50	Realizar anualmente medición del Clima Organizacional de la entidad, y establecer acciones de mejoramiento de acuerdo a los resultados obtenidos y/o fortalecer las acciones positivas.	Mediciones realizadas / Mediciones programadas	4	1	0	0

Desarrollo del Talento Humano

La planeación y programación formulada por el Proceso de Gestión del Talento Humano, continuó su desarrollo en el periodo evaluado.

Se desarrolla a través de la Formulación del Plan Institucional de Capacitación el cual fue aprobado y adoptado mediante Resolución No. 074 del 22 de febrero de 2019, El Plan de Bienestar e Incentivos fue adoptado Mediante Resolución No. 075 del 22 de febrero de 2019 y el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo para la vigencia 2019 fue aprobado y adoptado mediante resolución No. 047 del 29 de enero de 2019.

Durante el período de julio a septiembre se llevaron a cabo las siguientes actividades como resultado de la ejecución de los planes:

Ejecución Plan de Capacitación



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 12 de 25

200-1-1

EJEMATICO		RUTA DE CREACION DE VALOR	NECESIDAD INSTITUCIONAL	POBLACION OBJETIVO	ITEM	TEMA	APOYO	FECHAS PROPUESTA																CRITERIO	META	ACTIVIDADES REALIZADAS II SEMESTRE	PORCENTAJE DE EJECUCION A OCTUBRE			
								JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE										
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4											
Gestión del Conocimiento	Saber	Facilitar y fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional, desarrollar habilidades y suministrarle información necesaria para su óptimo desempeño	Todos los servidores públicos y colaboradores	1	Inducción y reinducción	Líder Proceso de Gestión del Talento Humano				X					X					X							90% del personal con registro del proceso de inducción	100%	Se han realizado jornadas de inducción a todo el personal que ingresa a la Entidad Cumplimiento - 17/07/2019 - 22/07/2019 - 26/08/2019 - 02/09/2019 - 05/09/2019 - 19/09/2019 - 03/10/2019 -	75%
Creación de Valor Público	Ser	Manejo de riesgo psicosocial	Todos los servidores públicos y colaboradores	4	Taller manejo de estrés y técnicas de afrontamiento	A.R.L. COLMENA				X																	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Realizada el 18 de julio de 2019	100%
Creación de Valor Público	Ser	Prevención salud mental	Todos los servidores públicos y colaboradores	5	Taller sobre desarrollo personal, autoestima prepensionados	A.R.L. COLMENA				X																	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad programada para el mes de julio y reprogramada Cumplimiento 12/09/2019 y 28/08/2019	100%
Gobernanza para la paz	Ser	Formación de resultados de la batería de riesgo psicosocial	Todos los servidores públicos y colaboradores	6	Trabajo en equipo, comunicación asertiva y resolución de conflictos	A.R.L. COLMENA																					CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad realizada el día 6/09/2019	100%
Creación de Valor Público	Ser	Formación de resultados de la batería de riesgo psicosocial	Todos los servidores públicos y colaboradores	7	Relaciones interpersonales y liderazgo	A.R.L. COLMENA																					CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad programada para el mes de diciembre con cumplimiento anticipado 01/11/2019	100%
Gestión del Conocimiento	Hacer	Proporcionar al personal médico conocimientos para la clasificación adecuada de los residuos hospitalarios	Médicos Generales y Especialistas	9	Manejo de residuos Hospitalarios	Líder Proceso de Gestión Ambiental																					CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad realizada el día 24/10/2019	100%
Gestión del Conocimiento	Hacer	Asegurar que el personal deseché adecuadamente los residuos líquidos y medicamentos parcialmente consumidos, vencidos o deteriorados	Personal asistencial de la E.S.E H.R.M.B.	11	Manejo adecuado de los vertimientos y medicamentos desde el área de trabajo	Líder Proceso de Gestión Ambiental																					CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad programada para el mes de agosto y reprogramada con cumplimiento así: 24/10/2019	100%
Creación de Valor Público	Hacer	Prevenir accidente de Tránsito	Todos los servidores públicos y colaboradores	15	Realizar capacitación en Seguridad vial	Líder SGSST- A.R.L. Colmena																					CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD	100%	Actividad programada para el mes de marzo y reprogramada con cumplimiento 21/07/2019 para 8 conductores en la modalidad virtual Colmena ARL	100%



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO

Código:

Versión:

Página 13 de 25

200-1-1

EJE TEMATICO		RUTA DE CREA CI	NECESIDAD INSTITUCIONAL	POBLACIÓN OBJETIVO	ITEM	TEMA	APOYO	FECHAS PROPUESTA																ACTIVIDADES REALIZADAS II SEMESTRE
								JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				
								1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ACTIVIDADES PLAN DE INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN EXTRAORDINARIO SEGUNDO SEMESTRE DE 2019																								
Getión del conocimiento	hacer			Lideres de los servicios	53	Un buen lider sabe presionar el botón que es	Juan David Mojica y Wendy Montoya SCARE	X															Realizada el día 08/07/2019	
Getión del conocimiento	Saber			COPASST	54	Funciones, normatividad e inspecciones de seguridad	Silvia Diaz ARL colmena			X													Realizada el día 22/07/2019	
Getión del conocimiento	hacer			Personal de enfermería	55	Identificación de medicamentos	Carlos Sierra-Laboratorio Vitalis	X			X												Realizada el día 09/07/2019 y 06/08/2019	
Getión del conocimiento	saber			Personal E.S.E HRMB	56	Diplomado implementación y evaluación del modelo integral de atención en salud MAITE	ASEHISAN					X											Realizada el día 02/08/2019	
Getión del conocimiento	saber			Personal E.S.E HRMB	57	Diplomado implementación y evaluación del modelo integral de atención en salud MAITE	ASEHISAN					X											Realizada el día 03/08/2019	
Getión del conocimiento	hacer			Personal de enfermería	58	Uso de bomba de infusión voluman	Yaneth Fernanda Quintero enfermera Fresenius Kabi						X										Realizada el día 13/08/2019	
Getión del conocimiento	saber			Personal de enfermería profesional	59	Adherencia a protocolos institucionales, resultados de autoevaluación de habilitacion y asistencia a cpacitaciones	Liliana Rocio Castro Pérez - Enfermera de apoyo							X									Realizada el día 14/08/2019	
Getión del conocimiento	saber			Personal de enfermería profesional	60	Eventos adversos e incidentes y resultados de rondas de gestión clinica y seguridad del paciente	Liliana Rocio Castro Pérez - Enfermera de apoyo oficina de calidad							X									Realizada el día 14/08/2019	
Getión del conocimiento	hacer			Personal de enfermería profesional	61	Protocolo de traslado intrainstitucional de paciente complicado	Martha Cecilia Sepulveda Plata-enfermera servicio de cirugía							X									Realizada el día 14/08/2019	
Getión del conocimiento	Saber		Actualización y socialización Protocolos , Políticas Institucionales y Guías de manejo del área asistencial.	Personal de la E.S.E.H.R.M.B	62	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI							X									Realizada el día 23/08/2019	
Getión del conocimiento	Saber	Personal de la E.S.E.H.R.M.B		63	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI								X									Realizada el día 24/08/2019	
Getión del conocimiento	Saber	Personal de la E.S.E.H.R.M.B		64	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI									X								Realizada el día 30/08/2019	
Getión del conocimiento	saber	Personal de la E.S.E.H.R.M.B		65	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI									X									Realizada el día 31/08/2019
Getión del conocimiento	hacer			Personal de enfermería nuevo	66	Reentrenamiento en dispositivos de acceso vascular	Karol Pinto-Enfermera asesora Bencton Dickinson/BD Medical									X								Realizada el día 06/09/2019
Getión del conocimiento	saber			Personal de la E.S.E.H.R.M.B	67	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI										X							Realizada el día 13/09/2019
Getión del conocimiento	saber			Personal de la E.S.E.H.R.M.B	68	Diplomado MAITE Nuevo modelo de atención en salud	SENA-ACESI											X						Rea 14/09/2019
Getión del conocimiento	saber			Proceso referencia y contrareferencia	69	Normatividad legal vigente Aplicación SST	Estudiante UNAD-UDI													X				Realizada el día 18/09/2019

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 14 de 25
		200-1-1

	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN		Cod.: GTH-FO-09	Versión: 01																				
			Fecha: 22/02/2019	Página 1 de 1																				
	CRONOGRAMA PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN EXTRAORDINARIO VIGENCIA 2019																							
EJE TEMATICO	RUTA DE CREACI	NECESIDAD INSTITUCIONAL	POBLACIÓN OBJETIVO	ITEM	TEMA	APOYO	FECHAS PROPUESTA																ACTIVIDADES REALIZADAS II SEMESTRE	
							JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE					
Getión del conocimiento	saber	Actualización en normatividad vigente	Personal ESE HRMB	75	Diplomato MAITE nuevo modelo de atención en salud	ACESI - SENA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	X	Realizada 25 de octubre de 2019
Getión del conocimiento	saber	Actualización en normatividad vigente	Personal ESE HRMB	76	Diplomato MAITE nuevo modelo de atención en salud	ACESI - SENA																	X	Realizada 26 de octubre de 2019
Getión del conocimiento	saber	Salud y seguridad en el trabajo	Personal de Cirugía	77	Efectos de la Radiación	William Duarte																	X	Realizada el 30 de octubre de 2019
Getión del conocimiento	saber	Actualización en normatividad vigente	Líderes de los procesos HRMB	78	Socialización Herramientas de evaluación - Riesgos y Oportunidades	Contratista SE2																	X	Realizada el 31 de octubre de 2019
Getión del conocimiento	hacer	Actualización y socialización Protocolos, Políticas Institucionales y Guías de manejo del área asistencial.	Personal de enfermería	79	Ingreso a intranet y notas de enfermería	Liliana Castro - Enfermera Apoyo Calidad											X	X	X	X			X	Realizada durante el mes de octubre de 2019

Ejecución Plan de Bienestar

	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN		Cod.: GTH-FO-10	Versión: 01			
			Fecha: 22/02/2019	Página 1 de 1			
	CRONOGRAMA BIENESTAR E INCENTIVOS 2019						
ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL GTH-PL-05 PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS 2019 - SALARIO EMOCIONAL							
Ruta de la felicidad	Salario emocional	Conceder permiso siempre y cuando el servidor haya compensado el tiempo laboral equivalente al tiempo de estudio	Tiempo Flexible para estudios	Proceso de Gestión de Talento	Cuando se genere la situación	Actualmente dos servidores públicos cursan estudios de maestría quienes tienen tiempo flexible para sus estudios. Soportes en las historias laborales de los servidores públicos.	100%
Ruta de la felicidad	Salario emocional	Conceder día de descanso remunerado y envío de tarjeta virtual en la fecha de cumpleaños, bajo criterios establecidos	Reconocimiento en el día del cumpleaños del servidor	Proceso de Gestión de Talento	Cuando se genere la situación	Cumplimiento de acuerdo a la fecha de cumpleaños del servidor. Envío de tarjeta virtual.	100%
Ruta de la felicidad	Salario emocional	Otorgar permisos remunerados para cumplir con sus citas médicas o las de sus hijos menores de edad	Asistir a citas médicas de hijos menores del servidor	Proceso de Gestión de Talento	Cuando se genere la situación	Cumplimiento se observa en las Historias Laborales de los servidores públicos, mediante el formato de permisos laborales.	100%
Ruta de la felicidad	Salario emocional	Conceder a los servidores públicos hasta dos (2) horas de permiso laboral remunerado cada mes	Asistir a reuniones escolares de los Hijos	Proceso de Gestión de Talento	Cuando se genere la situación	Cumplimiento se observa en las Historias Laborales de los servidores públicos, mediante el formato de permisos laborales.	100%

	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 15 de 25
		200-1-1

Durante el Período se llevaron a cabo actividades y campañas que permitieron involucrar tanto al personal de la entidad como a los usuarios.

Rendición de Cuentas

El 10 de mayo de 2019, se realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, correspondiente a la vigencia 2018. Con este espacio de interlocución entre la Entidad y la ciudadanía, se buscó generar transparencia en la gestión y garantizar el ejercicio de control social.

“El objetivo de la rendición de cuentas fue el de presentar a la comunidad la Gestión realizada por la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán durante el período comprendido del primero de enero de 2018 al treinta y uno de Diciembre del mismo año.”

Esta audiencia pública busco:

- Proporcionar a la ciudadanía la información necesaria para el ejercicio del control ciudadano.
- Informar a la comunidad y grupos de interés el diagnóstico general de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán.
- Informar las propuestas de gestión para el periodo Gerencial Actual.
- Generar un espacio de consulta para la ciudadanía, y grupos de interés, en temas relacionados con la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán y los servicios de salud que se prestan a la comunidad.

Este espacio también se aprovechó para promocionar los programas y servicios de salud - de mediana y alta complejidad - que el Hospital Regional Manuela Beltrán ofrece a la población de las provincias Comunera, Guanentina y Veleña.

Se explicaron los parámetros de intervención durante el desarrollo de la Audiencia.

“Una vez finalizó la intervención de los funcionarios de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, se dio respuesta a las observaciones previamente inscritas mediante el correo electrónico, y/o en la Oficina de Ventanilla Única de la Entidad.

Es importante mencionar que las preguntas que surgieron durante la Audiencia de Rendición de Cuentas se respondieron en su totalidad al finalizar la presentación del informe.

Cuentas. La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán de El Socorro publicó en la página web institucional, el compendio de preguntas y comentarios recibidos, con su respectiva respuesta. De la misma manera, se presentará una evaluación de la experiencia basada en los resultados obtenidos de la encuesta de evaluación.

2. EVALUACION DEL RIESGO.

La entidad en el marco del Direccionamiento Estratégico durante los meses de mayo a julio, bajo el liderazgo del líder del proceso de Gestión de Calidad y Planeación realizó con su equipo de trabajo la actualización al Mapa de Riesgos Institucional teniendo en cuenta los lineamientos y

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 16 de 25
		200-1-1

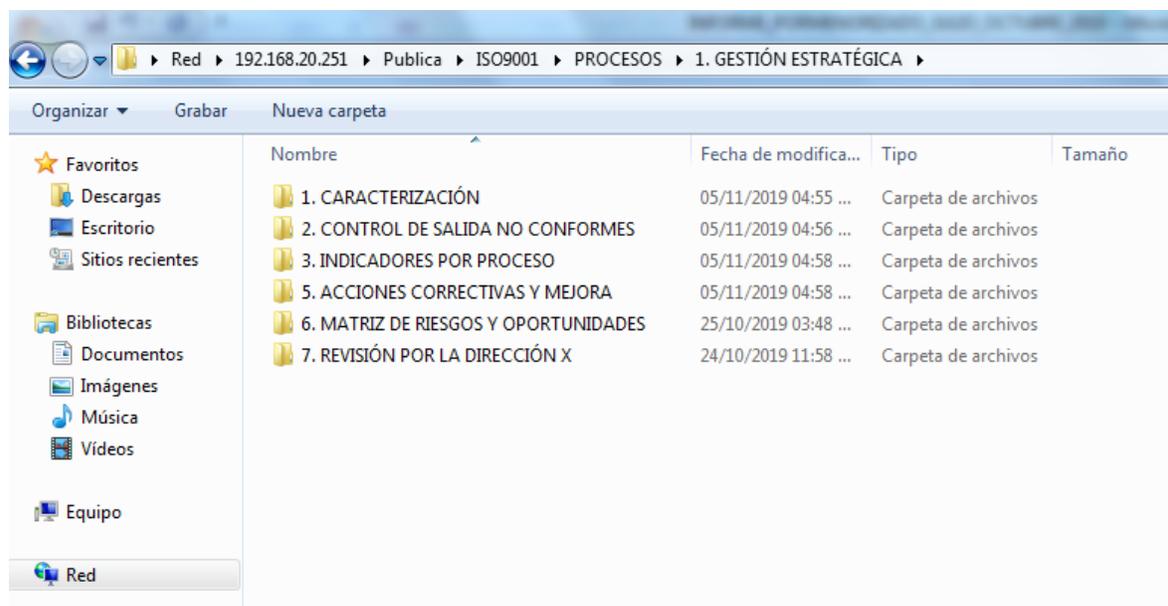
metodología de la ISO 31000 de Gestión del Riesgo, teniendo en cuenta que la entidad se encuentra en proceso de Certificación con ISO 9001:2015 para el Servicio de Consulta Externa Especializada y debe cumplir con este requisito.

El Mapa de Riesgos fue presentado y aprobado en el Comité de Gestión y Desempeño en la sesión llevada a cabo en el mes de Junio, teniendo en cuenta la nueva versión del Mapa de Procesos.

El Mapa de Riesgos Institucional fue socializado y retroalimentado a cada líder de proceso en su respectivo puesto de trabajo, y de igual forma publicado en la Red Pública interna de la entidad en carpeta publica denominada:

Red ▶ 192.168.20.251 ▶ Publica ▶ ISO9001 ▶ PROCESOS ▶ 1. GESTIÓN ESTRATÉGICA ▶

En la carpeta de cada proceso contiene la Matriz del Riesgos y Oportunidades.



3. ACTIVIDADES DE CONTROL

A nivel directivo, la Alta Gerencia y el líder de Proceso de Gestión de la Calidad presentaron durante el período avances en la implementación de los lineamientos de MIPG en cuanto a la articulación con el Direccionamiento Estratégico, entre ellos los siguientes:

Políticas de operación y procedimientos: Actualización y ajustes a la Misión, Visión y objetivos institucionales, se identificaron los grupos de valor, planeación participativa y articulada en la formulación, actualización y ajustes de los factores claves de éxito, objetivos estratégicos y las políticas institucionales de la entidad 2019-2025 y la formulación de los Planes de Acción

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 17 de 25
		200-1-1

establecidos de acuerdo a las metas trazadas en el direccionamiento estratégico para la vigencia 2019, Caracterización de Procesos, Actualización de la Matriz de Riesgos Institucional, actualización de la Matriz de Requisitos Legales, Matriz de Grupos de Interés, Matriz de Roles y Responsabilidades, Matriz de Comunicaciones.

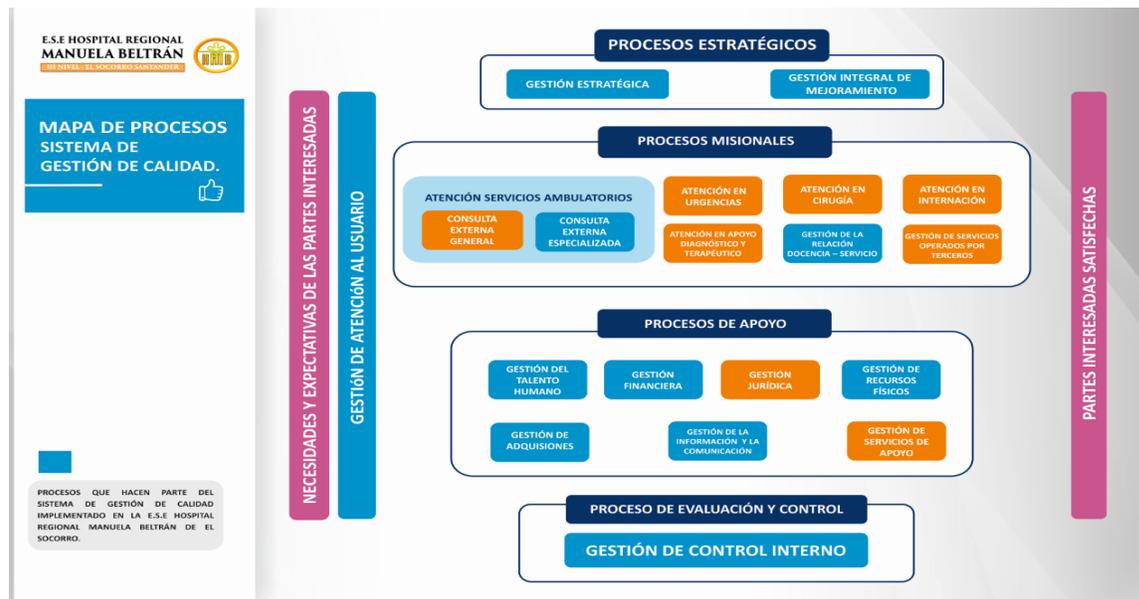
Documentos que fueron construidos y socializados a cada líder de proceso y equipos de trabajo y que se encuentran publicados en la red Pública interna:

Red ▶ 192.168.20.251 ▶ Publica ▶ ISO9001 ▶ DOCUMENTOS TRANSVERSALES ▶

- 1. POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD
- 2. PLANES DE ACCIÓN POLÍTICA DE CALIDAD
- 3. FICHA TECNICA INDICADORES OBJETIVOS DE CALIDAD
- 4. CONTEXTO ESTRATEGICO
- 5. CONTROL DE SALIDA NO CONFORMES
- 6. FICHA TECNICA INDICADORES PROCESO
- 7. MANUAL DE CALIDAD
- 8. MAPA DE PROCESOS SGC
- 9. MATRIZ DE COMUNICACIONES
- 10. MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES
- 11. MATRIZ DE PROCESOS CONTRATADOS EXTERNAMENTE
- 12. MATRIZ DE ROLES Y RESPONSABILIDADES
- 13. MATRIZ DE GRUPO DE INTERÉS
- 14. NORMA FUNDAMENTAL
- 15. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
- 16. CONTROL DE REGISTROS
- 17. MAESTRO DE DOCUMENTOS
- 18. PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS
- 19. MATRIZ DE REFERENCIAS CRUZADAS
- 20. PLAN DE AUDITORIA
- 21. MATRIZ DE CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN

El líder de proceso de planeación junto con los responsables de cada proceso adelantaron la actualización de la caracterización de los procesos teniendo en cuenta la nueva versión del Mapa de Procesos, esta labor con corte al período informado tiene un 100% de avance.

Nueva Versión del Mapa de Procesos:



Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicidades Primer Semestre de la vigencia 2019.

Mediante los buzones se observó que durante el semestre se recibieron las siguientes entradas de quejas, sugerencias y felicitaciones discriminado por servicios.

REPORTES QUEJAS PRIMER SEMESTRE DE 2019.						
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
CONSULTA EXTERNA				4		1
CIRUGIA				1		2
QUIRURGICAS		1	2			
URGENCIAS	2	2	1		4	5
LABORATORIO Y ODONTOLOGIA		1				
MEDICINA INTERNA			1		1	1
VIGILANCIA		1	2			
GINECOLOGIA						
FACTURACIÓN	1		2	4	5	2
PEDIATRIA						
ESTADISTICA	1	3	1	13	5	4
RAYOS X	1		4		1	4
ASEO						1
ALIMENTACIÓN	1					1
ESPECIALISTAS	3	2	11	3	2	1
	9	10	24	25	18	22

Fuente: Oficina SIAU Julio 2019

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 19 de 25
		200-1-1

La coordinadora del SIAU y el coordinador de Sistemas Integrados de Gestión, manifestaron que durante el período de seguimiento presentaron en cada una de las sesiones del Comité de Ética que se realizaron las peticiones, quejas y reclamaciones recibidas al igual que las felicitaciones, los informes presentados y el trámite dado a cada queja reposan las evidencias de lo informado en el acta de la respectiva reunión.

Para el período se recibieron un total de 108 quejas, la principal causa de quejas se presenta en el servicio de estadística con un 25%, consulta externa especializada, facturación y urgencias, principalmente por la dificultada para acceder a las citas por el medio telefónico, largas filas para obtener una cita y en un porcentaje del 2% por la no atención adecuada por parte de quienes reciben a los usuarios.

El 20% de las quejas corresponden al Servicio de Consulta Externa Especializada donde la inconformidad principal obedece a la demora en la atención ya que los usuarios son citados a una hora y deben esperar para ser atendidos, un 2% de esas quejas es por falta de información y trato brindado por los especialistas.

El 13 % de las quejas de los usuarios manifiestan su inconformismo en el área de facturación, por las filas que deben hacer, y el trato brindado por parte de los facturadores a los usuarios.

El 9% de los usuarios manifiesta no estar conforme con el Servicio de Rayos X principalmente por las largas filas que deben hacer, la falta de más personal de facturación, y por los procedimientos donde deben esperar largas horas para su atención.

De las 108 quejas presentadas se ha venido dando respuesta siendo imposible dar respuesta algunas de ellas ya que la letra no es legible, no es clara la queja presentada, no suministran los datos correctos. Se dio trámite de la siguiente manera.

RECEPCION QUEJAS	NUMERO DE QUEJAS RECIBIDAS EN SIAU	Se realizo gestión a los usuarios insatisfechas?		
		Cuantos Sí	Cuantos No	En Proceso
I TRIMESTRE	43	35	3	5
II TRIMESTRE	65	55	6	4

Que las quejas se han generado por el aumento de la demanda de servicios en el área de Consulta Externa Especializada y urgencias, teniendo en cuenta que las algunas EPS, tienen los servicios cerrados en otras instituciones de salud, lo que ha conllevado a que los usuarios se han remitidos al hospital y acudan al servicio de urgencias cuando no obtienen citas médicas en los diversos municipios del área de influencia de la ESE.

Para mejorar en estos aspectos la E.S.E continua mejorando la estrategia que tiene implementada de confirmación de citas realizando llamado telefónico a los usuarios para recordar el día antes la hora de la consulta y solicitando se presenten con anterioridad para que no se le presenten inconvenientes.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 20 de 25
		200-1-1

De igual forma la Subdirección científica ha realizado reuniones con los médicos especialistas para retroalimentar el cumplimiento en las agendas programadas y el trato humanizado a los usuarios.

Las reclamaciones en el servicio de estadística se dan por no contestar los teléfonos adjudicados para la asignación de citas ya que los usuarios deben desplazarse desde lugares lejanos solo para que les sea asigne su cita, en este inconveniente la Institución ha venido implementado una serie de correctivos entre los cuales se encuentra la destinación de horarios específicos de atención telefónica por parte de todos los encargados de asignar citas de 11 de la mañana a 12 del mediodía y de 4 a 5 de la tarde y adicional a eso una persona que responda una línea celular todo el día y por último la asignación de citas mediante la página web, y coloco en funcionamiento dos líneas telefónicas mas para hacer el llamado a los pacientes.

Es importante mencionar que de acuerdo al número de usuarios atendidos por la Empresa Social del Estado el porcentaje de quejas no supera el 1%.

De igual manera también sobre salen las Felicitaciones en mayor numero en los servicios de Hospitalización en Medicina Interna, Quirúrgicas y el servicio de Urgencias con un total 146 felicitaciones en el semestre.

SUIT (Sistema Único de Información de Trámites),

En materia de racionalización, el Decreto Anti tramites –Decreto Ley 019 de 2012– señala que los trámites establecidos por las entidades deben ser sencillos y sin complejidades innecesarias, deben adelantarse en el menor tiempo y con la menor cantidad de gastos para quienes intervienen en ellos, protegiendo los derechos de los ciudadanos.

La entidad realizo durante la vigencia de 2018 con el apoyo del delegado por el Departamento Administrativo de la Función Pública el cargue del 100% de los trámites que le corresponden a la entidad en la plataforma del SUIT.

A la fecha estos ya fueron aprobados encontrándose la entidad en cumplimiento del 100% de los trámites en el SUIT.

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

La entidad cuenta con un Manual y Política de Comunicaciones, el cual se encuentra publicado en la página web institucional y la intranet.

Durante el período de mayo a septiembre se elaboro la Matriz de Comunicaciones, que fue construida con todos los líderes de procesos de la entidad, socializada y publicada en la Red Interna:



	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 21 de 25
		200-1-1

El seguimiento lo realiza el Líder del Proceso de Comunicaciones.

La Matriz de Comunicaciones elaborada tiene la siguiente estructura que la hace funcional y amigable para las partes interesadas.

MATRIZ DE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS						
PROCESO	¿QUE COMUNICAR?	FRECUENCIA	PÚBLICO OBJETIVO (Interno-Externo)		MECANISMO DE COMUNICACIÓN	RESPONSABLE DE COMUNICAR
			INTERNO	EXTERNO		
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	Informe de Archivo.	Trimestral	comité de Archivo	No requerido	Medio Físico (Acta de Comité)	Técnico Archivo
	Informe de Plan de Acción de Contraloría avance.	Trimestral	Control interno	No requerido	Gestión Documental	Profesional Coordinador DATIC
	Informe Plan Anticorrupción.	Trimestral	Control interno	No requerido	Gestión Documental	Profesional Coordinador DATIC
	Informe Estrategia Gobierno Digital.	Trimestral	Control interno	No requerido	Gestión Documental	Profesional Coordinador DATIC
	Informe ejecutivo tecnologías de la información y comunicación.	Anual	No requerido	Contraloría	Gestión Documental/Plataforma web	Profesional Coordinador DATIC
	PETIC	Anual	Control interno	Contraloría	Gestión Documental/Plataforma web	Profesional Coordinador DATIC
	Informe cumplimiento de propiedad intelectual.	Anual	Control interno	No requerido	Gestión Documental	Profesional Coordinador DATIC
	Informe plan de mantenimiento equipos de informática.	Anual	No requerido	Secretaría de salud de	Correo Electronico	Profesional Coordinador DATIC
	Informe Decreto 2193 (Producción por centros de costos.	Mensual	Costos, Gestión Integral	No requerido	Correo Electronico	Profesional Coordinador Estadística
	Informe Decreto 2193 (Producción por centros de costos.	Trimestral	No requerido	Ministerio de la Salud y de la	Plataforma Web	Profesional Coordinador Estadística
	Informe de Estadísticas Vitales.	Cada vez que se genere un requerimiento.	No requerido	Secretaría de Salud Municipal y	Correo Electronico	Profesional Coordinador Estadística
	Informe de inasistencias de pacientes	Mensual	Subdirección Científica	No requerido	Correo electrónico	Profesional Coordinador Estadística
	Disponibilidad de agendas Médicas.	Mensual	Referencia y Contrarreferencia, Gestión Integral, Urgencias	No requerido	Medio Físico	Profesional Coordinador Estadística
Programa Institucional	Semanal	Todos los procesos	Comunidad en General	Audiovisual, pagina Web, red social facebook	Profesional de comunicaciones	
Gestión de Atención al Usuario	Informe de Resultados de Encuestas de Satisfacción.	Trimestral	Oficina de Calidad y Oficina de	No requerido	Correo Electrónico	Profesional SIAU/Coordinador HSEQ
	Informe de PQRSF y Satisfacción al usuario.	Mensual	Comité de Ética Hospitalaria	No requerido	Medio Físico	Profesional SIAU/Coordinador HSEQ
	Informe de PQRSF y Satisfacción al usuario.	Semestral	Control Interno	No requerido	Correo Electrónico	Profesional SIAU/Coordinador HSEQ
	Informe Integrantes de Comité Ética Hospitalaria y Actas de Reuniones Celebradas.	Anual	No requerido	Superintendencia Nacional de Salud	Correo Electrónico	Profesional SIAU/Coordinador HSEQ
	PQRSF a Empresas Contratistas.	Cada que se generen	Empresas Contratistas	No requerido	Medio Físico	Profesional SIAU/Coordinador HSEQ

La entidad cuenta con formato institucional de procedimientos frente a la recepción y tramites de quejas, reclamos, sugerencias, peticiones y felicitaciones, información y atención al usuario y reglamento.

En la institución cuenta con (11) buzones con la papelería requerida, distribuidos en las diferentes áreas de atención al usuario, y un buzón en el nodo del municipio del Hato y otro en el nodo del municipio del Palmar. De acuerdo a lo acordado en el Comité de Ética el procedimiento se da apertura de buzones con periodicidad de cada 8 días con la participación de los miembros de la alianza de usuarios. Actividad a la que le ha dado cumplimiento la Coordinadora del SIAU y el representante de los usuarios.

En la entidad realiza el proceso de socialización de los derechos y deberes de los usuarios permanentemente principalmente en los servicios de consulta externa, y consulta especializada.

	<p style="text-align: center;">MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 22 de 25
		200-1-1

La entidad continúa con el Programa de TV “Salud con HMB” que se emite en el Canal Comunitario del Municipio los días miércoles y con repetición sábados en el horario de la noche.

Grupos de Valor

El 10 de julio, 16 de septiembre y 28 de octubre se realizaron reuniones de la alianza de usuarios donde participa la Coordinadora del Sistema de Información y Atención al usuario y el Coordinador de Sistemas Integrados de Gestión. Durante las capacitaciones y reuniones se habló de las responsabilidades y deberes que adquirieron al ser elegidos como representantes de los usuarios y se les suministro material informativo, se hizo entrega de carnets de identificación para facilitar la labor que realizan y el ingreso a la entidad.

5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

Uno de los pilares del Modelo Estándar de Control interno al interior de la entidad es el autocontrol, entendido como la capacidad que tiene cada servidor público para detectar las desviaciones en su trabajo y realizar los correctivos necesarios; en tal virtud, la autoevaluación, como herramienta complementaria al autocontrol se convierte en un instrumento básico para la mejora continua de la institución.

Este componente se ha venido fortaleciendo al interior de la entidad mediante la cultura de la autoevaluación y el autocontrol al interior de los procesos, en cada una de las reuniones que se realizan, y participa la oficina de control interno.

Y como fortaleza se tiene el Compromiso permanente de la Alta Gerencia.

MECI – Evaluación Independiente FURAG Vigencia 2018

Desde el mes de y hasta el mes de marzo de 2019, estuvo dispuesto por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública el aplicativo para la evaluación de la implementación del Modelo Integral de Planeación y del MECI, a través del Formulario Único de Avance en la Gestión del FURAG II correspondiente a la vigencia 2018.

Los resultados obtenidos fueron presentados en el Comité Institucional de Control Interno realizado el 05 de marzo. Los resultados para la entidad son los siguientes:

Índice de Control Interno	72.9
Promedio Entidades Pares	59
Máximo por Grupo Par	79
Quintil por Grupo Par	5

De acuerdo a los resultados obtenidos la entidad se ubica en el quintil cinco, estando por encima del promedio general de las entidades pares.

	<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 23 de 25
		200-1-1

Auditoría Interna

Este componente busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la ESE Hospital Manuela Beltrán.

El Plan de Auditorías aprobado para la vigencia 2019 se encuentra en ejecución por el asesor de Control Interno de acuerdo a la programación establecida, lo que permitirá conocer el estado y avances de la gestión administrativa, producto de estas se generaran informes finales de auditoría que llevaran a la formulación en algunos procesos de Planes de Mejoramiento, que permitan la mejora continua al interior de cada área. Las siguientes Auditorías se instalaron y se encuentran en Ejecución durante el primer semestre.

Gestión de Recursos Físicos (Hojas de Vida Vehículos)

Gestión Financiera (Proceso de Facturación - Facturas Anuladas)

En cumplimiento de los Decretos Nacionales 1737 de 1998 y 984 del 2012 la Oficina de Control Interno ha rendido los informes trimestrales al Representante Legal de Austeridad en el gasto, y publicados en la página web institucional.

	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Código:
		Versión:
		Página 24 de 25
		200-1-1

La ESE HRMB a través del Líder de Proceso de Gestión Jurídica, ha venido realizando el cargue de la información contractual en el portal de Colombia Compra Eficiente y en la Plataforma SIA OBSERVA de la Contraloría General de Santander, evidenciándose el cargue de los procesos contractuales, sin embargo se recomienda que esta tarea se lleve a cabo en los tiempos establecidos por la norma y en el manual de contratación de la Entidad.

Planes de mejoramiento

Los Planes de mejoramiento se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en la gestión de los procesos, como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

De acuerdo al Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de Santander, en visitas efectuadas, con el fin de realizar el proceso de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Especial para la vigencias 2017.

Producto de esta Auditoría, se formularon acciones de mejora y metas orientadas a solucionar dificultades comunicadas durante el proceso auditor.

En el mes de julio se rindió el primer informe correspondiente al segundo trimestre la vigencia 2019 el cual fue evaluado por la Oficina de Control Interno y enviado el reporte a la contraloría, realizando el cargue del formato de Avance de Plan de Mejoramiento en la plataforma de Gestión Transparente, al corte de 30 de junio la verificación del cumplimiento de los compromisos adquiridos en los 6 hallazgos, alcanzando el cumplimiento del 100% de los acciones de mejora, en Un hallazgo, 65% un hallazgo, 40% tres hallazgos, 30% un hallazgo.

Evaluación Independiente

- ✓ En el mes de Septiembre se realizó y cargo la evaluación de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano correspondiente al período mayo a agosto de 2019.
- ✓ Se presentaron ante la Gerencia los informes de Austeridad en el gasto
- ✓ Seguimientos Planes de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la Nación

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

La entidad cumple de forma estructurada con la aplicación del Modelo de Control Interno y su articulación con el Modelo Integral de Planeación y Gestión, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos.

Se recomienda a todos los líderes de los procesos fortalecer al interior de sus áreas y equipos de trabajo la política de Gestión Documental, la implementación de las Tablas de Retención Documental y la aplicación de los estándares básicos de archivo en el manejo de los documentos de Gestión en cada dependencia.

	<p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO</p>	Código:
		Versión:
		Página 25 de 25
		200-1-1

Se observó que los líderes de proceso han adelantado el control y monitoreo a la ejecución de las actividades de la planeación institucional; sin embargo, se recomienda continuar fortaleciendo el autocontrol por parte de cada responsable de las actividades y productos establecidos en los Planes Operativos Anuales de Inversiones vigencia 2019, teniendo en cuenta que con corte a 30 de junio se tenían algunas metas en 0% de avance que deben tener cumplimiento al 100% finalizando la vigencia.

La Alta Dirección está comprometida a desarrollar la nueva labor de liderazgo en Articulación e implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión y del Sistema de Control Interno en la entidad.

(ORIGINAL FIRMADO)
MARIBEL ARGUELLO CALA
Asesor Control Interno
Contratista