



POR UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

Código de prestador

950010000101

Nit - 832001966-2

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

Rb
Tani Gu
Sierra
01-02-2017

San José del Guaviare, 26 de enero de 2017

I-CI-009-2017

Rb
Lizama
01-02-2017
3:00 PM

Doctor

CARLOS ANIBAL SEPULVEDA LIZARAZO

Gerente

E.S.E Hospital San José del Guaviare

ESE	
HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	
Fecha:	01-02-17
Radicado:	0074
Recibido Por:	Micaela R
Hora:	12:11 PM
Destino a:	

Ref: Evaluación Plan de Acción Institucional a 31 de diciembre 2016

Rb
Tani Gu
Sierra
01-02-17
2:00 PM

Comedidamente me permito remitir la evaluación del Plan de Acción Institucional de la E.S.E Hospital San José del Guaviare a 31 de diciembre de 2016.

El Plan de Acción Institucional consta de tres áreas, las cuales son las siguientes:

- Poa Dirección y Gerencia
- Poa Financiera y Administrativa
- Poa de Gestión Clínica Asistencial

Donde se definieron 64 acciones para cumplir durante la vigencia en mención, de las cuales se cumplieron solo 39 acciones, logrando de esta manera una calificación de cumplimiento del **61%** del Plan de Acción Institucional para la vigencia 2016. El área con mayor nivel de calificación fue Dirección y Gerencia con el **76%** de cumplimiento, seguido por Gestión Clínica Asistencial con el **65%** y en el tercer lugar Financiero y Administrativo con el **41%**.

Así:

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza

TEL: (98) 5840045 - 5840168 FAX: 5840531 - 5841243

www.saludguaviare.gov.co

esehsjg@axesat.net

Rb

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN



DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
NIT. 832001966-2 CODIGO DE PRESTADOR 95 001 0 000101
PLAN DE ACCIÓN Vigencia: Enero-Diciembre de 2016 *Control Interno*

HERRAMIENTA PARA EL MONITOREO, AVANCE Y EVALUACION DEL PLAN ACCIÓN INSTITUCIONAL 2016

Los usuarios y/o responsables de la gestión de cada uno de los componente del PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL 2016 consignarán los avances de los PLANES OPERATIVOS pertinentes a cada componente, orientando la metodología para su evaluación y consecuente cumplimiento de metas institucionales.

MATRIZ EVALUADORA

Total Actividades 25		Total Actividades 22		Total Actividades 17		Total Actividades 64	
 <p>POA Dirección y Gerencia</p>		 <p>POA Financiera y Administrativa</p>		 <p>POA Gestión Clínica Asistencial</p>		 <p>TOTAL PLAN DE ACCION</p>	
MES	Avance	MES	Avance	MES	Avance	MES	Avance
Febrero	8%	Febrero	14%	Febrero	29%	Febrero	17%
Marzo	11%	Marzo	9%	Marzo	41%	Marzo	20%
Abril	15%	Abril	18%	Abril	47%	Abril	27%
Mayo	22%	Mayo	14%	Mayo	47%	Mayo	28%
Junio	30%	Junio	23%	Junio	35%	Junio	29%
Julio	37%	Julio	32%	Julio	41%	Julio	37%
Agosto	44%	Agosto	32%	Agosto	47%	Agosto	41%
Septiembre	44%	Septiembre	36%	Septiembre	59%	Septiembre	47%
Octubre	60%	Octubre	36%	Octubre	59%	Octubre	52%
Noviembre	72%	Noviembre	36%	Noviembre	59%	Noviembre	56%
Diciembre	76%	Diciembre	41%	Diciembre	65%	Diciembre	61%

POA DIRECCIÓN Y GERENCIA

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
POA DIRECCIÓN	Formular y radicar el proyecto a la Secretaría de Salud Departamental y Planeación Departamental.	Planeación	SI
	Contratar una consultaría para la proyección de la capacidad instalada de los servicios	Planeación	SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Formular y radicar el proyecto FARMACEN	Planeación	SI
	Ejecutar el proyecto FARMACEN	Planeación	SI
	Realizar la Gestión de construcción de una bahía de parqueo de la parte externa del Hospital.	Gerencia y Planeación	SI
	Apertura de la entrada principal de consulta externa del Hospital.	Gerencia y Planeación	SI
	Reubicar el área de Consulta Externa	Gerencia y Planeación	NO
	Adecuar zonas de parqueo para vehículos de funcionarios y ambulancias del Hospital	Gerencia y Planeación	NO
	Realizar estudios de mercadeo que midan el nivel de satisfacción del cliente interno y externo de la entidad.	Planeación y Mercadeo	SI
	Ajustar y aprobar el plan de comunicaciones de acuerdo a las necesidades de la entidad.	Planeación y Mercadeo	SI
	Ejecutar el plan de comunicaciones	Planeación y Mercadeo	SI
	Contratar soporte técnico del Software Dinámica Gerencial Hospitalario	Subgerencia Activa y Sistema	SI
	Reponer y adquirir equipos de cómputo para las Áreas de acuerdo a las necesidades de la empresa	Subgerencia Activa y Sistema	No se cumplió la meta, debido a que la entidad programó la compra de 40 equipos de cómputo y solo adquirió 35 equipos de cómputos, faltándoles 5 equipos para cumplir con la meta propuesta.

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Aprobar los trámites inventariados	Planeación	SI
	Disponer los formatos de los dos trámites priorizados en línea	Planeación	NO
	Realizar la actualización de la política y objetivos de calidad	Calidad	SI
	Actualizar procesos institucionales	Calidad	No se cumplió la meta, se programó la actualización de diez (10) procesos y solo se actualizaron nueve (9) procesos.
	Ejecutar el plan anual de auditoría	Control Interno de Gestión	SI
	Actualizar elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI	Comité de coordinación de control interno y grupo directivo, jefes de áreas.	NO
	Asignar un espacio físico con la Nueva EPS, al interior de la Institución que le permita a los usuarios acceder de manera oportuna a los servicios que ofrece el Hospital.	Gerente, Jurídica, Subgerencia Administrativa y financiera.	SI
	Asignar un espacio físico con ESE Red de Nivel I, al interior de la Institución que le permita a los usuarios acceder de manera oportuna a los servicios de medicina general Triage V generado del área de urgencia de la ESE Hospital San José del Guaviare.	Gerente, Jurídica, Subgerencia Administrativa y financiera.	SI
	Capacitar a los funcionarios en el manejo de residuos hospitalarios y similares, normas de bioseguridad y accidentes laborales.	Comité GAGAS, COPASST	SI
	Realizar rendición de cuentas pública de la vigencia 2015.	Gerente	SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Designar al Oficial de Cumplimiento y al Suplente.	Junta Directiva	SI
	Establecer las Políticas y elaborar el Manual de Procedimientos del SARLAFT	Junta Directiva, Oficial y Suplente de Cumplimiento, grupo multidisciplinario de apoyo.	SI

POA ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
POA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Incorporar el Personal asistencial en Planta Temporales.	Talento Humano	NO
	Ejecutar el Plan de Capacitación de la vigencia 2016.	Talento Humano	SI
	Elaborar y aprobar el manual de tarifas institucionales de laboratorio clínico para los servicios ambulatorios.	Costos	NO
	Elaborar los costos de Producción de las Unidades de Cirugía, Hospitalización, Laboratorio Clínico e Imagenología.	Costos	SI
	Implementar políticas de ahorro en consumo de los servicios públicos (energía, teléfono, celulares).	Costos	NO
	Disminuir en un 7% los costos de las Subespecialidades Radiología, Oftalmología, Cardiología.	Costos	SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Implementar políticas de reducción del gasto en aseo, papelería y combustible.	Costos	SI
	Pagar obligaciones laborales de manera oportuna conforme a la norma.	Tesorería	NO
	Presentar a la Junta Directiva 4 informes (1 por trimestre) en cumplimiento del Decreto 2193.	Subgerencia Activa y Contabilidad	No se cumplió debido a que el cuarto trimestre se presenta en la vigencia 2017.
	Presentar a la Junta Directiva dos (2) informes (1 por semestre) en cumplimiento de la circular única.	Subgerencia Activa y Planeación	No, se cumplió debido a que el informe correspondiente a la Circular Única del segundo semestre vigencia 2016, aún no ha sido elaborado, ni socializado a los integrantes de la Junta Directiva de la entidad, se presentará en la vigencia 2017.
	Presentar a la Junta Directiva 4 informes (1 por trimestre) con base en los RIPS.	Planeación	No se cumplió porque el informe correspondiente al último trimestre vigencia 2016, aún no se ha presentado ante la Junta Directiva.
	Elaborar el balance de apertura bajo las Normas NIIF	Subgerencia Activa y Contabilidad	No, se presentará en la vigencia 2017.
	Mantener el porcentaje de glosa final en un 3%.	Auditoría de Cuentas	SI
	Recuperar la cartera de vigencias 2000 a 2004 de la secretaria de salud departamental de salud del Guaviare (No base de datos).	Cartera	SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Ajustar precios de venta de medicamento y material médico-quirúrgico con un margen de utilidad.	Costos	SI
	Reducir costos de adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico.	Costos	SI
	Adquirir medicamentos y dispositivos médico quirúrgico mediante diferentes mecanismos (compra conjuntas, compras a través de Cooperativas, Compras a través de mecanismos electrónicos).	Subgerente Adtiva y Financiera, Almacén.	NO
	Recuperar la cartera incluida en los procesos de liquidación de las entidades Caprecom y Saludcoop.	Cartera	NO
	Implementar procesos y procedimientos que permitan recuperar los recursos de manera oportuna, garantizando la adecuada trazabilidad de la factura por venta de servicio.	Cartera	SI
	Realizar acuerdo de pago mediante acta de comité de conciliación para efectuar el reintegro.	Subgerencia Adtiva y Financiera, Tesorería	NO
	Realizar pagos a Proveedores de la vigencia 2014-2015	Subgerencia Adtiva y Financiera, Tesorería	NO

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE META
	Realizar pagos de las tres demandas falladas en contra de la entidad	Subgerencia Activa y Financiera, Tesorería	NO

POA CLINICA Y ASISTENCIAL

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE METAS
POA ASISTENCIAL	Garantizar la permanencia y continuidad de las especialidades básicas de II Nivel de complejidad (Ortopedia, Ginecología, Medicina Interna, Anestesiología, Cirugía General Y Pediatría).	Subgerencia de Servicios de Salud y Grupo de Apoyo	SI
	Ofrecer las jornadas de las Subespecialidades según la demanda y costo beneficio en Oftalmología (5), Radiología (9) Urología (4), Dermatología (3), Gastroenterología (3).		SI
	Aplicar listas de chequeo de los 05 protocolos más frecuentes por cada servicio asistencial ((Urgencias, Unidad Materno Infantil, Cirugía, Unidad De Cuidados, Hospitalizados, Pediatría Y Consulta Externa) para medir la adherencia.		NO
	Socializar los 6 protocolos de enfermería de mayor aplicación en las áreas de Urgencias, Unidad Materno Infantil, Cirugía, Hospitalizados, Pediatría, Consulta Externa, UCIM.		SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE METAS
	Modificar el modelo de atención en Urgencias, con acompañamiento del coordinador de Urgencias, un médico, un enfermero y un auxiliar de enfermería que laboren en esa área.		SI
	Evaluar el cumplimiento del tiempo establecido para la atención en salud en Urgencias del triage I determinado en la resolución 5596 de 2015.		NO
	Evaluar el cumplimiento del tiempo establecido para la atención en salud en urgencias del triage II determinado en la resolución 5596 de 2015.		NO
	Evaluar el cumplimiento del tiempo establecido para la atención en salud en urgencias del triage III a través de la resolución interna de la institución.		SI
	Evaluar el cumplimiento del tiempo establecido para la atención en salud en urgencias del triage IV a través de la resolución interna de la institución.		SI
	Aplicar el formulario de autoapreciación de estrategias IAMI del Ministerio de Salud y Protección Social, de forma trimestral.		SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

ITEMS	ACCIÓN	RESPONSABLES	CUMPLIMIENTO DE METAS
	Gestionar y realizar seguimiento de los tres primeros eventos adversos reportados en las diferentes áreas asistenciales de la institución.		NO
	Elaborar protocolo para la medición, análisis, y gestión de eventos adversos		SI
	Elaborar y aprobar protocolo de limpieza y desinfección para las áreas asistenciales ((Fisioterapia Física, Urgencias, Unidad Materno Infantil, Cirugía, Unidad Materno, Hospitalizados, Pediatría, Rayos X, Consulta Externa Y Unidad De Cuidados Intermedios) de acuerdo al manual de desinfección.		NO
	Capacitar a los auxiliares de enfermería en toma de muestra de laboratorio a través del SENA u otra institución educativa.		SI
	Evaluar la calidad de diligenciamiento de la historia clínica, realizando revisión y retroalimentación de los hallazgos en la historia clínica.		NO
	Capacitar y certificar a 42 auxiliares de enfermería de planta en RCP básico, a través de una institución certificada.		SI
	Verificar el cumplimiento de normas de bioseguridad y técnicas asépticas, mediante lista de chequeo.		SI

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN

De acuerdo con lo anterior me permito dar las siguientes recomendaciones:

1. Operatividad del Comité de trámite y gobierno en Línea, con el fin que los trámites aprobados en la institución, estén los formatos disponibles en Línea en la página web de la entidad.
2. Actualizar los elementos del Modelo Estándar de Control Interno MECI.
3. Elaborar el Manual de tarifa institucional del área de Laboratorio Clínico para los servicios ambulatorios.
4. Socializar oportunamente ante los miembros de la Junta Directiva el informe de RIPS, 2193 y Circular Única.
5. Fortalecer el grupo de Apoyo de la Subgerencia Asistencial, con el fin que las acciones planteadas en el POA Asistencial y Clínico se puedan cumplir a cabalidad.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,



YESSICA MURILLO PALACIOS

Jefe Oficina Asesora Control Interno de Gestión

Anexo: Matriz de evaluación Poa Institucional a 31 de Diciembre de 2016, en 15 folios

C.C. Subgerencia de Servicios de Salud
Subgerencia Activa y Financiera
Planeación

Proyectó/Digitó: Yessica Murillo

