

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO
DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**
Cumplimiento ley 1474 de 2011

Periodo Evaluado: Octubre a Diciembre de 2019

ALCANCE

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y a los lineamientos del DAFP se presenta Informe Pormenorizado de Control Interno de la ESE HMGY, evaluando las acciones implementadas por las líneas de defensa en las 7 dimensiones definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) actualizado y aprobado mediante Decreto 1499 de 2017, y bajo el enfoque de los 5 componentes del Modelo Estándar de Control Interno-MECI establecidas en el MIPG:

- 1) Ambiente de Control
- 2) Actividades de Monitoreo
- 3) Administración del Riesgo
- 4) Información y Comunicación
- 5) Actividades de Control

1. AMBIENTE DE CONTROL INTERNO

❖ **GESTION AMBIENTAL. (1)**

LOGROS:

Según cronograma se tiene una sola actividad programada la cual consiste en sensibilizar el personal con el tema de ahorro de papel mediante capacitaciones y tips que conlleven a que el consumo de papel se disminuya en una significativa cantidad en comparación con el año 2018 y 2019. Desde el segundo trimestre hasta el cuatro trimestre del año 2019 se han ahorrado 344.620 copias totales durante nueve (9) meses, donde el ahorro aproximado de copias mensuales es de 21.385, al realizar la revisión del número de resmas entregadas del almacén general a la institución, comparando los años 2018 y 2019, se evidencia que durante el año 2018 se entregaron más resmas que durante el año 2019, con una diferencia de 508 resmas, lo que es una cifra significativa y demuestra la disminución y adherencia del consumo de papel en la que la institución se encuentra trabajando, dando un alcance del 100% según lo programado en el cronograma anual. Como resultado de todas las actividades nombradas se comprueba que el manejo de reciclaje ha sido óptimo y las personas se adhieren al proceso del ahorro de papel.

DIFICULTADES:

Generar conciencia en el personal sobre el consumo de papel en muchas ocasiones se dificulta ya que no todo el personal conoce la importancia de ahorrar papel y de lo que genera el alto consumo del mismo, independientemente de que el papel tenga sello ecológico, sin embargo se sigue reforzando el tema mediante capacitaciones y publicaciones que generen sensibilización y conciencia en las personas.

Fuente: fichas PAS.

❖ PORCENTAJE IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA IAMII. (30)

LOGROS:

1. Para el IV trimestre se realizó seguimiento de la estrategia de acuerdo a la trazabilidad por pasos en la ejecución y cumplimiento, arrojando los siguientes datos: paso 1- 83%, paso 2 - 77%, paso 3 - 95%, paso 4 – 100%, paso 5 – 93%, paso 6 – 95%, paso 7- 100%, paso 8 -91%, paso 9 – 94%, paso 10 – 60%.
2. Se realizó encuesta diagnóstica en conocimientos de la estrategia IAMII a 78 funcionarios de la institución del área asistencial a fin de proyectar temas y cronograma de capacitaciones para la vigencia 2020. Para cierre del año 2019 se tiene un cumplimiento del 100% de la meta del indicador implementando los 10 pasos de la Estrategia IAMII en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

DIFICULTADES:

No se logró ejecutar el 100% del cronograma de capacitación por falta de recurso humano, por tanto como mejora a este resultado se requiere realizar capacitaciones en los servicios del área asistencial.

Fuente: fichas PAS

❖ **MANTENER LA COBERTURA DE VACUNACION DEL 95% CON ESQUEMA PAI SEGÚN NACIDOS VIVOS CON HEPATITIS B Y BCG SEGÚN APLIQUE. (33)**

LOGROS:

A partir del cuarto trimestre se cuenta con una auxiliar de enfermería quien apoya el proceso administrativo del programa PAI en el servicio de partos, donde se logró obtener los informes en los tiempos estipulados y con la información coherente y mantener al día el aplicativo PAI - WEB de los niños vacunados, finalmente para el cierre del año 2019 nacieron 2391 niños quienes fueron vacunados al 100% con HB y con BCG fueron vacunados 2370 teniendo en cuenta el lineamiento PAI Nacional logrando en el indicador una ejecución del 99%.

DIFICULTADES:

No se presentaron dificultades.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA GUIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. (40)**

LOGROS:

Durante la vigencia del IV trimestre del año 2019 se atendieron en consulta de crecimiento y desarrollo de 0 a 10 años 1417 menores a los cuales se realiza un atención integral de acuerdo al lineamiento establecido por el ministerio de salud y protección social obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 90%, a pesar de cumplir con la meta propuesta para esta vigencia cabe resaltar que se presentó una disminución de atenciones de estos menores lo cual puede ser consecuencia de la disolución de la EAPB Salud Vida y del receso escolar de fin de año.

DIFICULTADES:

No se presentaron dificultades.

Fuente: fichas PAS

❖ **TELEMEDICINA. (52)**

LOGROS:

Se ofertaron en el REPS ocho (8) servicios bajo la modalidad de telemedicina: Teleradiología, Cardiología, Nutrición, Medicina Interna, Dermatología, Endocrinología, Nefrología y Neurología. Para el mes de octubre se prestaron 6 servicios para un total de 1.858 atenciones, Mes de noviembre se prestaron 5 servicios para un total de 1.824 atenciones y para diciembre se prestaron servicios para un total de Pacientes. Con un promedio de 5 servicios ofertados en el periodo, superando los 4 que sugiere el indicador.

DIFICULTADES:

Durante este trimestre se evidencia disminución de la atención en Teleconsulta ya que todavía no es clara la información a pesar de la divulgación en redes sociales y las EPS no están autorizando las especialidades bajo esta modalidad.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO DE ADECUACION Y/O REMODELACION. (53)**

LOGROS:

Como logro para este indicador podemos observar que para el año 2019 todos los proyectos propuestos por el Hospital fueron ejecutados en un porcentaje del 100% lo que permite evidenciar la eficiencia en el desarrollo y seguimiento de los proyectos para el Hospital (fuente: Plan Bienal de Inversión).

DIFICULTADES:

Una de las dificultades son los tiempos de respuesta por parte del ministerio y el ente territorial (SSC).

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE COSTOS. (56)**

LOGROS:

Teniendo en cuenta el carácter del presente indicador es acumulativo de denominador fijo, se puede observar en el histograma un comportamiento constante que lleva al cumplimiento de la meta, la cual se encontraba definida como el incremento del 5% de la implementación del sistema de costos en E.S.E. HMGY de Soacha, es decir un 90% en el valor del indicador, logrando para el cierre del año un valor del indicador de 91,67%, realizando actividades como las siguientes: Se instauró el sistema de información de la institución Dejando en marcha la homologación contable del módulo de costos en el sistema Dinámica Gerencial.net para lo cual se terminó la homologación de cuentas, se modificaron los conceptos de almacén y nomina, se terminó la parametrización de activos fijos, se implementaron las bases de distribución de manera directa en el sistema, se corrigieron errores de corrida de la dispersión y se generaron los comprobantes correspondientes a las corridas de los módulos de costos,

DIFICULTADES:

Para el cierre de costos del indicador se presentó un cumplimiento del 91, 67%, debido a que dentro de las actividades proyectados se pensó en realizar la solicitud de la información necesaria para la distribución de costos por áreas, no obstante la mayoría de la información se obtiene de manera directa del sistema, de las cuentas radicadas en contabilidad y de las certificaciones de auditoría de cuentas medicas razón por la cual la actividad no se ejecutó debido a que no fue necesario realizarla, adicionalmente no se entregaron informes de costos en el segundo semestre del año a la Junta Directiva, debido a que el informe trabajado aún no se ha presentado a la misma.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DEL PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS. (64)**

LOGROS:

El desarrollo del Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital establece una línea estratégica, técnica y operativa que permite definir los programas a implementar, los responsables y la programación de acuerdo con las prioridades y el presupuesto asignado por el hospital Por tal motivo y teniendo en cuenta lo presentado en el Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital.

1. Se elaboraron diferentes instrumentos archivísticos las cuales ayudan a contribuir al hospital al adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística, generando beneficios como mayor productividad, eficacia y eficiencia en la búsqueda y recuperación de documentos y expedientes, ahorro de tiempo, mejora en los procesos.
2. Se realizó la organización de 90mtl de historias clínicas conforme indica la normatividad año 2018.
3. Se creó el formato de Entrega y Recibo de historias clínicas el cual se encuentra en intranet con el código ARC-FTO-04.
4. Se creó el formato de Entrega y Recibo de Consentimiento Informado el cual se encuentra en la intranet con el código ARC-FTO-02 Para el corte del cuarto trimestre se lleva un acumulado a año del 100%, correspondiente al 100% de la meta del indicador.

DIFICULTADES:

1. Existen herramientas archivísticas las cuales están elaboradas y se encuentran en formato institucional adecuadas a las necesidades del hospital las cuales quedaran estipuladas a implementar para la próxima vigencia.
2. Se dan avances al software Datadoc de forma parcial debido a fallas en el mismo por falta de permisos y falta de parametrización.
3. Falta de personal y disposición de las personas para lograr cumplir todas las actividades.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE EJECUCION PLAN DE ADQUISICIONES. (65)

LOGROS:

La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrativas, se logró re-financiar para cubrir el total de la vigencia 2.019, con una ejecución de enero a diciembre, del 95,8%, terminando así, el cuarto trimestre de 2.019. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se celebraron contratos con un cubrimiento inicial de ocho meses, adicionando recursos para cubrir el total de los compromisos a diciembre, con una ejecución total a diciembre, del 93,8%. En el grupo de GASTOS DE OPERACION COMERCIAL, que incluye medicamentos y los insumos médico quirúrgico, alimentos y los servicios operados por terceros, se contrataron servicios para siete meses, inicialmente, pero fueron adicionados y así se cubrió el total de los compromisos a

diciembre, alcanzando una ejecución total del 96,8%. La ejecución global del PAA, al finalizar el cuarto trimestre 2.019, en los tres grupos del Gasto, es del 96,0% total.

DIFICULTADES:

En la programación total del PAA para la vigencia 2.019, no se contaba con el recurso EFECTIVO total o disponibilidad de Tesorería que cubriera el 100% de los compromisos programados para ser ejecutados durante toda la vigencia fiscal; para ello se dependió de la recuperación de nuevos recursos que no se habían programado en el presupuesto de Ingresos como lo es la recuperación de cartera, de las vigencias 2.017 y anteriores, por parte del área de cartera y a medida que se hacían efectivos, se incorporaban al presupuesto de la vigencia 2.019; este proceso nos generaba nuevas etapas para su aprobación lo que conllevaba a una revisión en la Secretaría de salud de c/marca, presentación y aprobación por la Junta Directiva, y una nueva aprobación por el CONFIS; posterior a estos pasos se podía incluir dentro del presupuesto para su respectiva ejecución.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE EJECUCION PLAN VACANTES. (66)

LOGROS:

En el tercer trimestre se dio por terminado el plan de vacante institucional de acuerdo al cronograma de actividades establecido para la vigencia 2019, logrando tener identificado el número de cargos vacantes los cuales corresponden al 6,6 % del total de la planta la cual está conformada por 91 cargos.

DIFICULTADES:

No se evidenciaron dificultades

Fuente: fichas PAS

Índice de \\192.168.100.10\INTRANET\PROCESOS\12 Gestión del Talento Humano\PLANES Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES\

VACANTES 1/2

Índice de \\192.168.100.10\INTRANET\PROCESOS\12 Gestión del Talento Humano\PLANES Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES\

[directorio principal]

Nombre	Tamaño	Fecha de modificación
SSO-PLI-01 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL PUESTO DE SALUD LUIS CARLOS GALÁN (Version 2).pdf	40.8 MB	3/11/15 17:11:52
SSO-PLI-02 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL PUESTO DE SANTILLANA (Version 2).pdf	39.7 MB	3/11/15 17:14:27
SSO-PLI-03 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL CENTRO DE SALUD CIUDAD LATINA (Version 2).pdf	39.8 MB	3/11/15 17:26:17
SSO-PLI-04 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL CENTRO DE SALUD GRANADA (Version 2).pdf	41.3 MB	3/11/15 17:37:13
SSO-PLI-05 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL PUESTO DE SALUD LA DESPENSA (Version 2).pdf	41.8 MB	3/11/15 17:51:36
SSO-PLI-06 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL PUESTO DE SALUD PABLO NERUDA (Version 2).pdf	40.1 MB	4/11/15 10:33:02
SSO-PLI-07 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD SIBATÉ (Version 2).pdf	40.3 MB	18/11/15 9:42:08
SSO-PLI-08 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL CENTRO DE CONSULTA EXTERNA (Version 2).pdf	41.0 MB	18/11/15 10:12:27
SSO-PLI-10 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIA Y CONTINGENCIA DEL HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS (Version 2).pdf	47.5 MB	24/11/15 9:05:14
SSO-PLI-11 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (Version 2).pdf	39.2 MB	24/11/15 8:43:09
SSO-PLI-12 PLAN DE CONTINGENCIA PARA INTERVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA.pdf	631 kB	10/4/19 10:01:17
SSO-PRI-01 ANEXOS MATRICES DE PELIGRO DEL PROGRAMA DE SGSST.rar	3.7 MB	21/11/14 15:34:24
SSO-PRI-01 Programa del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SGSST).pdf	11.0 MB	18/6/15 10:36:39
SST-PLI-02 PLAN DE EMERGENCIAS SEDE ESPECIALISTA.pdf	1.8 MB	9/10/18 11:22:27
SST-PLI-01 PLAN DE CONTINGENCIA AFLUENCIA MASIVA DE PACIENTES -ELECCIONES PRESIDENCIALES ESE MARIO GAITÁN YANGUAS.pdf	918 kB	26/6/18 12:26:50
SST-PLI-03 PLAN DE TRABAJO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA E.S.E. HMGY (1).pdf	963 kB	15/2/19 11:13:55
TH-PLI-15 ANEXO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION (PIC) DE LA ESE.xlsx	130 kB	18/5/18 10:45:50
TH-PLI-15 PLAN INSTITUCIONAL CAPACITACION (PIC) DE LA E.S.E..pdf	487 kB	10/4/19 9:01:13
TH-PLI-16 PLAN ESTRATEGICO DEL TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HMGY.pdf	4.6 MB	9/7/19 10:06:22
TH-PLI-17 ANEXO PLI PREVISION DE PERSONAL DE LA ESE HMGY.xlsx	118 kB	9/7/19 15:54:19
TH-PLI-18 ANEXO PLAN INSTITUCIONAL DE VACANTES DE LA ESE HMGY.xlsx	101 kB	16/1/19 16:48:42
TH-PLI-18 PLAN INSTITUCIONAL DE VACANTES DE LA E.S.E..pdf	305 kB	10/4/19 9:05:05
TH-PLI-19 PLAN INSTITUCIONAL DE INCENTIVOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LA E.S.E. HMGY.pdf	3.1 MB	9/7/19 10:09:36
TH-PPI-01 PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA.pdf	5.1 MB	14/12/17 14:32:28
TH-PPI-12 PLAN INSTITUCIONAL DE EMERGENCIAS Y CONTINGENCIAS DEL ARCHIVO CENTRAL.pdf	25.0 MB	3/5/16 11:47:40
TH-PPI-15 PLAN DE CONTINGENCIA SEMANA SANTA ESE MARIO GAITÁN YANGUAS.pdf	631 kB	26/6/18 15:04:05
TH-PRI-01 PROGRAMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN HUMANIZADA .pdf	27.0 MB	14/12/15 11:19:14
Tlamb.db	429 kB	9/7/19 10:12:28

❖ PORCENTAJE DE EJECUCION PLAN DE PREVISION DE RECURSOS HUMANOS. (67)

LOGROS:

El plan de previsión del recurso humano, en el mes de septiembre se dio cumplimiento al 100% de las actividades descritas en el cronograma para la vigencia 2019, logrando identificar las necesidades del personal de planta teniendo en cuenta que existen 26 cargos a 3 años y menos de cumplir con los requisitos de pensión los cuales son objeto para la previsión de los mismos, teniendo un porcentaje del 7,6% están ocupados por personal femenino y el 2,4% por personal masculino, donde el personal pre-pensionable de la institución corresponde al 28.5% del total de la planta de personal la cual está conformada por 91 cargos de la misma manera se identificó que existen 6 cargos en vacancia definitiva los cuales corresponden a un porcentaje del 6,5% de la planta total los cuales se encuentran disponibles para ser ofertados en la próxima convocatoria.

DIFICULTADES:

No se evidenciaron dificultades.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN ESTRATEGICO TALENTO HUMANO. (68)

LOGROS:

El plan estratégico de talento humano se estableció de acuerdo con la calificación de la autoevaluación de la dimensión de talento humano de MIPG y el informe que arrojó el FURAG al inicio de la vigencia, para finalizar el cuarto trimestre se ejecutó el 27% restante del plan donde dichas actividades era continuar con las inducciones virtuales del personal nuevo que ingresara y el registro de las hojas de vida en el SIGEP lo cual se dio cumplimiento al 100% del cronograma.

DIFICULTADES:

Se presentó algunas dificultades para el ingreso de la hoja de vida en el aplicativo diseñado por el DAFP, donde los funcionarios acudieron a la oficina de talento humano, y se les presto la asesoría y acompañamiento para solucionar los inconvenientes presentados.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES. (69)

LOGROS:

La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas al inicio de la formulación del plan de capacitación realizó un diagnóstico de las necesidades de capacitación para la vigencia 2019, con el fin de mejorar la prestación de los servicios donde se realizó la inversión económica para que el personal recibiera dichas capacitaciones donde también se implementó la gestión del conocimiento de los líderes replicando en el personal a cargo, al finalizar el cuarto trimestre se dio cumplimiento al 100% del cronograma del PIC, donde se cuenta con las evidencias de cada una de las capacitaciones realizadas al personal de la Institución.

DIFICULTADES:

Durante la ejecución del plan de capacitación tuvo que ajustar algunas fechas del cronograma por dificultades presentadas en el día del hospital que impedía la realización en la fecha y hora de la establecida.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE INCENTIVOS INSTITUCIONAL. (70)

LOGROS:

Para terminar la vigencia 2019, se realizaron las actividades pendientes que correspondían al 33% durante los meses de octubre, noviembre y diciembre se dio cumplimiento al 100% del plan de incentivos y bienestar social donde se logró que el personal gozará de espacios de recreación los cuales fortalecen y ayudan al mejoramiento del clima laboral y así realizar sus actividades diarias con mayor compromisos.

DIFICULTADES:

Para la ejecución de las actividades descritas en el plan de incentivos y bienestar se tuvo que ajustar algunas fechas debido a la disponibilidad de los sitios donde se iban a realizar las actividades teniendo en cuenta las fechas de temporadas altas de los establecimientos.

Fuente: fichas PAS

2. ACTIVIDADES DE MONITOREO

❖ PROGRAMA DE APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS INSTITUCIONALES. (2)

LOGROS:

Lograr una recolección de pilas de un peso total de 30 kilos, sensibilizando al personal de la importancia de realizar adecuadamente la recolección de este tipo de residuos ya que las pilas contienen algunos metales pesados como el mercurio, el cadmio o el plomo, que son potencialmente peligrosos para la salud y el medio ambiente, el personal se adhiere a la estrategia y difunde la información a sus compañeros y familiares, logrando que este tipo de residuos no sean mal segregados ni se desechen con otro tipo de residuos. Se evidencia la adherencia de la estrategia de las bomboneras instaladas en las áreas, ya que todas contienen pilas y el personal difunde la información para que a diario se depositen más pilas y baterías.

DIFICULTADES:

No se cuenta con la cantidad de bomboneras suficientes para todas las áreas, lo que conlleva que el personal tenga que recurrir a otras áreas a depositar las pilas y no se genere la importancia de segregárlas adecuadamente.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SOSTENIBILIDAD DEL SUH. (46)**

LOGROS:

Se realiza el proceso de certificación de proceso de autoevaluación de centros y puestos y de sede hospitalaria, durante el cuarto trimestre se generó un cumplimiento del 100% de las acciones planeadas, aportando a un cumplimiento global del 94%. Fortaleciendo los procesos en los centros y puestos y en la sede hospitalaria, aportando al cumplimiento de dichos requisitos en las visitas realizadas por los entes de control.

DIFICULTADES:

Se encuentra pendiente la adquisición de Permisos de Vertimientos, no se han realizado todas las adecuaciones pendientes. No se realizaron la colocación de timbres de hospitalización y de baños, se plantearan acciones de mejora para la vigencia 2020.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PAMEC. (48)**

LOGROS:

Para el cuarto trimestre de 2019 se han realizado las acciones de seguimiento a ejecución del PAMEC 2019 tanto en sede Hospitalaria como en centros y puestos. El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de aprendizaje organizacional, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica. Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia). Es decir en los meses de Octubre a Diciembre se tiene contemplado la etapa de ejecución, análisis y aprendizaje organizacional del PAMEC 2019.

DIFICULTADES:

No se presentaron dificultades.

Fuente: fichas PAS

❖ **PROMEDIO CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO SUA. (49)**

LOGROS:

Durante el trimestre se realizaron seguimiento a las acciones de mejoramiento planteadas acumulativas a finalizar el séptimo ciclo del Sistema Único de acreditación. Todos los coordinadores y Referentes trabajaron de forma mancomunada para dar cumplimiento a las acciones de mejoramiento programadas para ejecución año 2019. Durante el año se programaron 237 acciones de mejoramiento de las cuales se dieron cumplimiento a 211 acciones para un total final de cumplimiento de 89%. En los el grupo de Estándares de Cliente Asistencial se cumplieron en un 83.4% de las actividades programadas durante el año, en el grupo de Estándares de Direccionamiento se dio cumplimiento al 90% de las acciones de mejoramiento planteadas, Del grupo de Estándares de Gerencia se completaron el 88.2% de las acciones programadas, Del grupo de los estándares de Gerencia del Talento Humano se ejecutaron al 100% de las acciones de mejoramiento; al igual que el grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano, Estándares de Gerencia del Ambiente Físico se dio un cumplimiento del 92.5%, Estándares Gestión de la Tecnología se dio un cumplimiento de 83.3%, de todas las acciones de mejoramiento planteadas durante el año 2019.

DIFICULTADES:

Debido a la rotación de algunos coordinadores y referentes no permitió la continuidad del trabajo planteado en cumplimiento a las acciones de mejoramiento planteadas en el sistema único de Acreditación. Como plan de mejoramiento se establece que los referentes líderes de los procesos de acreditación y de estándar deben realizar entrega de la información a los que reciben la información.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION DEL PROGRAMA HUMANIZACION. (61)**

LOGROS:

Para el cuarto trimestre del 2019 se dio cumplimiento al plan de acción de humanización, mediante la realización de las siguientes actividades: - Atención del parto humanizado: Entrega de donativos de Mi Closet con Amor para recién nacidos a 30 mamás. Entrega de 249 diplomas de Marito Bienvenida. Seguimiento a percepción de la atención en sala de partos y hospitalización ginecología, mediante la ronda de acompañamiento y la aplicación de la encuesta de percepción a 54 usuarias. - Biblioteca: realización de actividades lúdicas con

menores en área de hospitalización y charlas informativas para cuidadores. (Evidencia en registro fotográfico y firmas) - Entrega de reconocimiento a referentes de la subgerencia científica por su compromiso y excelentes resultados en el 2019. - Aplicación de 396 encuestas de percepción al cliente externo, mostrado resultados favorecedores en la atención, socializados en el comité de humanización. Inducción individual a 29 colaboradores nuevos en la política y programa de humanización de la E.S.E. Capacitación en atención humanizada, trabajo en equipo y protocolo de bienvenida a 110 colaboradores de la institución. Capacitación a 84 usuarios de la E.S.E en temas de corresponsabilidad en derechos y deberes, cumplimiento de citas médicas. Implementación de espacios amigables de escucha para colaboradores de la E.S.E. Intervenciones grupales por solicitud de colaboradores y/o referentes de los grupos. CIERRE 2019: Cumplimiento del 93% del indicador de humanización, estando 3 puntos por encima de la meta anual planteada.

DIFICULTADES:

Reforzar actividades lúdicas y actividades para los usuarios hospitalizados.

Fuente: fichas PAS

3. ADMINISTRACION DEL RIESGO

❖ **DEL PLAN DE ACCION HUELLA DE CARBONO. (3)**

LOGROS:

Se obtiene y se recopila la información del año 2019, con el fin de que los datos sean ingresados a la calculadora ambiental y se obtengan los resultados correspondientes a la vigencia 2019, y la compensación se realice para vigencia 2020, se sigue sensibilizando al personal mediante las actividades de los indicadores número 1 y 2, contribuyendo a la disminución de consumos que impacten a la huella de carbono, se cierra el año con un cumplimiento del 75% de las actividades programadas. Se realiza la instalación de 5metros cuadrados de muro verde en la fachada del hospital, contribuyendo a la purificación del aire y reducción de la temperatura ambiente y promoviendo la sensibilización ambiental en los funcionarios.

DIFICULTADES:

Problemas logísticos y de suministro de los árboles y lugar para poder realizar la compensación, razón por la cual no fue posible realizar la compensación para la vigencia 2018. Se espera que la

compensación se realice en vigencia 2020 realizando la comparación de los años: 2018 y 2019, realizando una actividad conjunta.

Fuente: fichas PAS

❖ **PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIO ACTUALIZADO. (36)**

LOGROS:

Se actualizan documentos de Plan de emergencias de Centro de salud Sibaté, Despensa, Centro de Rehabilitación y Centro de consulta externa. Se obtiene certificación de Bomberos para Puesto de salud de la Despensa por parte Bomberos Oficiales de Soacha y se recibe visita de acuerdo a solicitud realizada al Cuerpo de Bomberos de Sibaté.

DIFICULTADES:

El cuerpo de Bomberos de Sibaté solicita documentos que están en trámite, por lo cual no se obtiene aún certificación del mismo.

Fuente: fichas PAS

❖ **PLAN DE EMERGENCIAS IMPLEMENTADOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD. (37)**

LOGROS:

Se realiza simulacro nacional en Sede Principal con zona de expansión, en centros y puestos de salud se realiza evacuación y ubicación en puntos de encuentro por parte de Brigada de Emergencia.

DIFICULTADES:

Rotación del personal para mantener una brigada de emergencia comprometida y constante.

Fuente: fichas PAS

❖ **NIVELES DE RECUPERACION DE CARTERA. (54)**

LOGROS:

Obtener la conciliación por incumplimiento de metas de vigencia 2018 -2019 y anteriores con comparta por cápita.

DIFICULTADES:

No fue posible obtener la conciliación de cartera por evento de COMPARTA vigencia 2018 a junio 2019 para obtener el pago respectivo dado que dicha entidad cerro sus servicios a partir de Junio del 2019. En vigencia 2019 pese a las reiteraciones realizadas a SALUDVIDA para el pago de la cartera adeudada por vigencia 2018 no fue posible obtener la recuperación de la misma en su totalidad, quedando un saldo a diciembre 2019 de vigencia 2018 por \$ 724.000.000, Con respecto a COMPARTA CAPITA se concilio vigencia 2019 hacia atrás, del 2018 el valor conciliado fue 789,000,000, valor soportado 395,000.000 y valor aceptado \$ 395.000.000, CONVIDA al cierre de la vigencia 2019 quedo pendiente de aclarar los saldos por incumplimiento de metas 2018 \$ 462.000.000 ya que no fue posible obtener respuesta por CONVIDA y saldo para trámite en el 2020 por saldos vigencia 2018 sin presupuesto incluyendo parte de la glosa conciliada en el III trimestre del 2019. También afecto el recaudo el tema de la cartera adeudada por parte de CRUZ BLANCA, COOMEVA que pese a las reiteraciones adelantadas para su cobro no fue posible su recaudo, entrando en la vigencia 2019 CRUZ BLANCA en proceso liquidatorio.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE RECAUDO EFECTIVO DE CARTERA MAYOR A 360 DIAS. (55)**

LOGROS:

Al cierre del IV trimestre del 2019 se logró finiquitar la conciliación por incumplimiento de metas de comparta de vigencias 2019 hacia atrás.

DIFICULTADES:

Pendiente por parte de CONVIDA aclarar saldos por metas 2017 \$325.757.000,oo otra dificultad fue que en vigencia 2019 entrara en liquidación CAFESALUD dado que en 2018 la cartera adeudada del 2017 hacia atrás había sido conciliada para posible pago en 2019, situación que cambio al declararla en liquidación SUPERSALUD.

Fuente: fichas PAS

❖ PLAN DE ACCION DEL PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (60)

LOGROS:

Cobertura de capacitaciones de la nueva política institucional de seguridad del paciente no punitiva, no permisiva y programa "asegurando ando"; al talento humano: 100% sede asistencial, 40% centros y puestos, 50% personal administrativo. Procesos de inducción a personal nuevo que ingresa a la institución en política y programa de seguridad del paciente, priorizando protocolo de identificación, protocolo de riesgo de caídas, protocolo de lavado de manos y protocolo de administración de medicamentos, basados en los eventos adversos más frecuentes institucionales. Actualización de protocolos de lavado de manos, con aplicación de los 5 momentos para cada actividad y servicio. En el IV trimestre del año 2019, para el mes de octubre se realizaron 8 de las 8 actividades programadas, noviembre se realizaron 11 actividades de las 11 actividades programadas y diciembre se realizaron 6 de las 7 actividades programadas, comité de seguridad del paciente del mes de diciembre se programó para el mes de enero. En el año 2019 de 108 actividades de 114 programadas, para un 95% de cumplimiento.

DIFICULTADES:

Baja adherencia en el cumplimiento del protocolo de higiene de manos, para el cuales se realizaron listas de chequeo mediante observación directa para la retroalimentación de fallas para su corrección. Dificultades en el mantenimiento de camas y camillas, para la reducción del riesgo de caídas derivadas de los procesos organizaciones, se logró el mantenimiento y arreglo de las camas del servicio de hospitalización medicina interna.

Fuente: fichas PAS

❖ PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. (71)

LOGROS:

Se realiza auditoria por parte de COPASST donde se evidencia adherencia al Sistema por parte de los funcionarios de la institución. Se realiza evaluación de Estándares mínimos donde se evidencia sostenibilidad del sistema.

DIFICULTADES:

No se evidencias dificultades por el cumplimiento de la meta.

Fuente: fichas PAS

❖ PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO. (72)

LOGROS:

Se logró cumplir con los seis componentes del PAAC y apropiar las actividades de los diferentes proceso en relación al desempeño de las actividades propuestas para el PAAC 2019, como evidencia esta los documentos y anexos que los diferentes proceso hacen llegar a la oficina de Control Interno.

DIFICULTADES:

Se realizó reporte antes del 31 de diciembre de 2019, de acuerdo a las directrices de la secretaria de salud. Una dificultad la rotación de personal en la oficina de atención del usuario SIAU y algún desconocimiento en el manejo de reporte de información con referencia a los compromisos del PAAC 2019. Como plan de mejoramiento se propone dejar inscrito las acciones a realizar por parte de los colaboradores de la oficina de atención del usuario.

Fuente: fichas PAS

4. INFORMACION Y COMUNICACIÓN

❖ PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE LOS MODULOS DEL SISTEMA DE INFORMACION ADQUIRIDOS POR LA E.S.E. (50)

LOGROS:

Para el cuarto trimestre, la institución cuenta con el parche de actualización 21.13.11 del Sistema de Información DGH.NET, que permite tener las funcionalidades actualizadas de cartera, facturación y costos, además de los bloqueos que se presentaban con las actualizaciones anteriores.

DIFICULTADES:

Se continúan presentando inconvenientes de incompatibilidad con algunos equipos de cómputo, esto debido a que DGH.NET no ejecuta sobre Windows 7 o versiones anteriores, lo que obliga a una actualización del Sistema Operativo de un número considerable de equipos de cómputo.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL PORTAL INTERACTIVO EN LA IMPLEMENTACION GOBIERNO DIGITAL. (51)**

LOGROS:

En el sitio web se publica la información financiera, institucional y de servicios con actualización diaria y copia de seguridad semanal, según lo establecido en la normatividad vigente. Se realiza el reporte de seguimiento a la Matriz de Cumplimiento de la Ley 1712 a la SSC de forma mensual. La información para los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre se actualiza con la Matriz enviada por la Procuraduría General de la Nación. En la actualidad se tiene una calificación con corte al 31.12.2019 del 87% de cumplimiento de la norma.

DIFICULTADES:

Continúan las demoras en los cierres mensuales y trimestrales para la publicación de información financiera, debido a los cierres, lo que ocasiona que el reporte trimestral sea reportado al siguiente mes. Desde el Comité de Gobierno en Línea y el Comité de Gerencia, se han dado directrices para la consolidación de forma oportuna de la información solicitada, estrategia que ha ayudado a mejorar el reporte, aunque persisten las demoras en la entrega.

<http://www.hmgy.gov.co/noticias.php>

Fuente: fichas PAS

❖ **CUMPLIMIENTO DE PARTICIPACION EN LOS MECANISMOS DE PARTICIPACION. (57)**

LOGROS:

De acuerdo a los hallazgos encontrados que reposan bajo custodia de la oficina de SIAU, se evidencia el original de las actas que relaciono a continuación: ASOCIACION DE USUARIOS (1.) Asociación de Usuarios fecha 03 de Octubre, 2019, tema: Revisión en los estatutos y reforma de los mismos de acuerdo a los indicadores de la oficina de participación social del departamento, se anexa listado de asistencia con la participación de 12 personas y la Coordinación SIAU. (2.) Asociación de Usuarios Fecha: 18 de Octubre del 2019 Tema: Socialización de los derechos y deberes en salud, a los miembros de la asociación de Usuarios, se anexa listado de asistencia con la participación de 13 personas y la Coordinación SIAU. (3.) Asociación de Usuarios fecha 18 de Noviembre de 2019 tema Socializar espacios de participación social en salud, con el objetivo de desarrollar adherencia al perfil de los líderes. Se anexa listado de asistencia con 10

participantes y la Coordinación SIAU. Se evidencian 2 listados de asistencia, el primero con 4 integrantes pero no hay fecha, ni tema, ni acta, se evidencia un listado de asistencia de asociación de Usuarios con fecha del 23 de Diciembre del 2019 sin acta. COPACOS (1), Acta sin fecha, tema: Reunión guardas de seguridad de la ESE Mario Gaitán Yanguas, con el objetivo de empoderara al personal en trato humanizado.

DIFICULTADES:

Para el cuarto trimestre del 2019, según los hallazgos encontrados en las carpetas se presentó el respectivo informe del PAS 57, la dificultad es debido a que de acuerdo al manejo y control, de información susceptible y de responsabilidad solamente del coordinador, solo podrán ser reportadas por esta área, ya que dicha información y por su naturaleza es de manejo exclusivo de la Coordinación SIAU.

Fuente: fichas PAS

❖ **PORCENTAJE DE SATISFACION. (58)**

LOGROS:

Durante el IV Trimestre de 2019, se diseñó e implementó la encuesta de satisfacción. La encuesta en Línea bajo un ambiente grafico amigable para acceso y diligenciamiento del usuario a través de la Pagina WEB (Gobierno Digital) del HMGY que le permite un fácil diligenciamiento. Obteniendo un resultado así: OCTUBRE: 1292, NOVIEMBRE 1392, DICIEMBRE: 1360. El indicador de satisfacción del IV TRIMESTRE corresponde al 94% de satisfacción que frente al indicador del 91%de satisfacción del mismo periodo en el 2018 representa una mayor percepción del usuario respecto a la satisfacción de los servicios que presta el HMGY en continuidad con el proceso de mejoramiento continuo a la institución. Logrando para el año un porcentaje del 96%, de acuerdo a la información reportada y las encuestas diligenciadas. Una de los mayores logros fue el poder adecuar las encuestas y/o adaptarlas al modo aplicativo en línea, logrando con esto optimizar los tiempos de información y no realizar encuestas manuales.

DIFICULTADES:

A pesar de la rotación del talento humano del proceso de atención al usuario (SIAU), se logró cumplir con los procesos y recolección de información. Y no se evidencian dificultades en el

cumplimiento del indicador de satisfacción. Esta información se compartirá en el informe de rendición de cuentas vigencia año 2019.

Fuente: fichas PAS

❖ **NUMERO DE DIAS DE RESPUESTA PARA PQRSDF. (59)**

LOGROS:

Para el cuarto trimestre se puede observar que se cumplió con el estándar solicitado en el indicador ya que el promedio del año es de 2.64 días es decir 3,9 días promedio. Como aspectos relevantes del indicador, en el mes de Octubre se recibieron 53 PQRSDF, para el mes de Noviembre se recepcionaron 68 PQRSDF y para el mes de Diciembre se recepcionaron 24 PQRSDF. Durante el cuarto trimestre se reportaron la totalidad de las PQRSDF de 145, las cuales se tramitaron dentro de los tiempos establecidos. El indicador de tiempos para el Cuarto Trimestre de 2019, (3,9) días refleja la optimización de los tiempos frente al mismo periodo de los 2018 (6 días en continuidad y cumplimiento con las estrategias administrativas implementadas en el proceso para minimizar los tiempos de respuesta a nuestros usuarios y garantizar la adherencia a la normatividad vigente establecida para tal fin A la vez como mayor logro podemos afirmar la apropiación por parte de los referentes al proyectar las respuestas de las PQRSDF.

DIFICULTADES:

Para el cuarto trimestre de 2019, podemos observar que una de las dificultades es la falta de oportunidad en los tiempos internos de entrega de las respuestas de PQRSDF por parte de algunos de los coordinadores y/o referentes de los servicios. Como plan de mejoramiento la Oficina de Atención Al Usuario ha implemento seguimiento a la entrega de las respuestas de las PQRSDF cada tres (3) días, logrando que las respuestas (PQRSDF) cumplan con los tiempos.

Fuente: fichas PAS

❖ **PLAN ESTRATEGICO DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES PETIC. (73)**

LOGROS:

Se da cumplimiento al total de metas establecidas en el PETIC institucional, gracias al apoyo de la SSC frente a la entrega de equipos de cómputo, impresoras y servidor para la institución.

DIFICULTADES:

En los equipos de cómputo antiguos de la institución se requiere la actualización del sistema operativo, debido a que DGH, solo corre sobre Windows 10 o superior, situación que obliga a la adquisición o compra de licencias.

Fuente: fichas PAS

❖ **PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION. (74)**

LOGROS:

Durante el Cuarto Trimestre, se logra el cumplimiento del total de metas planteadas en el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información, a través de la socialización del Plan, la implementación de las copias de seguridad y la actualización de contraseñas de acceso en el total de los equipos de cómputo de la institución.

DIFICULTADES:

Se sigue evidenciando el uso de memorias USB en equipos de cómputo que no cuentan con antivirus, las que son utilizadas en equipos institucionales, colocando en riesgo la información y funcionamiento de los mismos, a pesar de contar con un antivirus actualizado.

Fuente: fichas PAS

❖ **PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION. (75)**

LOGROS:

Para el Cuarto Trimestre de 2019, la E.S.E. alcanzó el total de las metas establecidas en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, ya que se logró capacitar al 100% de los funcionarios nuevos de la institución y a los funcionarios antiguos de la entidad, además se logró la publicación de 5 bases de datos ante la SIC.

DIFICULTADES:

Todavía se presentan inconvenientes con la capacitación al personal antiguo de la entidad, debido a los turnos de servicio y las fechas establecidas para tal fin, lo que ocasiona que el proceso no se cumpla al 100% en las fechas establecidas, obligando a capacitaciones extemporáneas.

Fuente: fichas PAS

5. ACTIVIDADES DE CONTROL INTERNO

❖ **EVENTOS REPORTADOS SIVIGILA. (18)**

LOGROS:

Para el último trimestre del 2019 se reportaron un total de 40 casos los cuales estuvieron reportados por mes: octubre 14, noviembre 17 y 9 casos para diciembre; es de resaltar que para este trimestre la notificación desde el momento de atención inicial del paciente con diagnóstico de salud mental (intento y/o ideación suicida) llama la atención que dentro de los reportes de identifican 15 menores de 17 años.

DIFICULTADES:

Se insistió en la calidad del dato consignado en la ficha y la historia clínica; los hallazgos negativos se informaron directamente al referente del grupo medico quien es el encargado de realizar la retroalimentación; sin embargo los ajustes en la ficha se debieron realizar por el personal del área de vigilancia epidemiológica por la premura y la obligación de la notificación.

Fuente: fichas PAS

❖ **REPORTES REALIZADOS. (22)**

LOGROS:

Se reporta el 100% de las historias parametrizadas y las cuales son reportadas al sistema mango, se refleja las capacitaciones a los médicos y ya no se presentan errores en las medidas antropométricas.

DIFICULTADES:

La plataforma se cae seguido.

Fuente: fichas PAS

❖ **OPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACION DE LOS EVENTOS DE INTERES Y CALIDAD EN LA INFORMACION Y LOS REGISTROS DEL SIVIGILA (13DG) (14DG). (35)**

LOGROS:

Mantener la notificación con una oportunidad del 100% de los eventos que se relacionan con la atención de nuestros usuarios, realizando capacitación desde el momento del ingreso, diferenciando motivo de consulta, y causa relacionada al evento de salud pública y sus criterios de notificación. Se cierra el año en la semana epidemiológica número 52 con un total de casos de 2396 casos reportados.

DIFICULTADES:

Oportunidad del reporte desde las sedes y puestos de salud de la ESE HMGY, en relación a los eventos reportados en las bases de colectivas, EDA e IRA por grupo etéreo, sin embargo para esta actividad se logró soportarla con la mace de macro generada por el área de sistemas para verificación de datos desde la generación de facturas.

Fuente: fichas PAS

❖ **REPORTES AL SIVISALA. (38)**

LOGROS:

Se envía correo electrónico a referentes con información de SIVISALA. Se envían mensualmente reporte a Gobernación y al municipio, durante este trimestre fueron reportados 132 casos, ninguno de notificación inmediata.

DIFICULTADES:

No se presentaron dificultades.

Fuente: fichas PAS

❖ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE SEGUIMIENTO A INDICADORES 256 POR JUNTA DIRECTIVA. (47)

LOGROS:

Se cierra el año 2019 con el cumplimiento del indicador al 100% desde la presentación de los indicadores de la Resolución 256 el día 04 de septiembre ante la junta directiva de la institución. Se anexa copia del acta de la junta de la junta.

DIFICULTADES:

No se presentaron dificultades en el trimestre.

Fuente: fichas PAS

❖ REPORTES ASISTENCIALES AL SIUS. (62)

LOGROS:

Se logra el cumplimiento del reporte de información al SIUS, este se realiza de forma diaria en línea frente a los formularios asistenciales. Alcanzando un porcentaje acumulado del 51%. Al cuarto trimestre de 2019.

DIFICULTADES:

No se presentan dificultades, el reporte al SIUS se realiza frente a las atenciones que requiere la plataforma, las que son enviadas On line posterior a la atención médica.

Fuente: fichas PAS

❖ **REPORTES FINANCIEROS AL SIUS. (64)**

LOGROS:

El desarrollo del Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital establece una línea estratégica, técnica y operativa que permite definir los programas a implementar, los responsables y la programación de acuerdo con las prioridades y el presupuesto asignado por el hospital Por tal motivo y teniendo en cuenta lo presentado en el Programa de Gestión Documental – PGD del Hospital.

1. Se elaboraron diferentes instrumentos archivísticos las cuales ayudan a contribuir al hospital al adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística, generando beneficios como mayor productividad, eficacia y eficiencia en la búsqueda y recuperación de documentos y expedientes, ahorro de tiempo, mejora en los procesos.
2. Se realizó la organización de 90mtl de historias clínicas conforme indica la normatividad año 2018.
3. Se creó el formato de Entrega y Recibo de historias clínicas el cual se encuentra en intranet con el código ARC-FTO-04.
4. Se creó el formato de Entrega y Recibo de Consentimiento Informado el cual se encuentra en la intranet con el código ARC-FTO-02 Para el corte del cuarto trimestre se lleva un acumulado al año del 100%, correspondiente al 100% de la meta del indicador. Se creó el procedimiento de Comunicaciones Oficiales para iniciar trabajo con el software Datadoc, el cual se envía al proceso de calidad para revisión y aprobación, posteriormente se codifica y se sube a Intranet con Cod.ARC-PRD-01.

DIFICULTADES:

1. Existen herramientas archivísticas las cuales están elaboradas y se encuentran en formato institucional adecuadas a las necesidades del hospital las cuales quedaran estipuladas a implementar para la próxima vigencia.
2. Se dan avances al software Datadoc de forma parcial debido a fallas en el mismo por falta de permisos y falta de parametrización.
3. Falta de personal y disposición de las personas para lograr cumplir todas las actividades.

Fuente: fichas PAS

RECOMENDACIONES

- Se debe generar una estrategia frente al consumo de papel y la importancia de ahorrar papel, independientemente de que el papel tenga sello ecológico la sensibilización de ser a todo nivel.
- Se debe seguir avanzando en la implementación del programa de costos para que sea funcional dentro de la institución.
- Se debe implementar las herramientas archivísticas las cuales están elaboradas y se encuentran en formato institucional.
- Se deben involucrar actividades de tipo Misional dentro de los Planes de Capacitación.
- Se debe dar cumplimiento a la mayor cantidad de actividades del Programa Ambiental
- Fortalecer la Brigada de emergencia de la institución.
- Fortalecimiento en la Adherencia del protocolo de lavado manos.
- Fortalecimiento al grupo de SIAU; en la atención al Usuario.
- Se debe implementar el Software Datadoc al Programa de PQRSDF, a todo nivel cuando de recibir comunicación con el usuario se refiera.
- Los Indicadores Financieros deben servir de insumo para la toma de decisiones razón por la cual su medición debe ser trimestral.
- Se debe fortalecer la organización y escaneo de los documentos anexos a la Historia Clínica en Dinámica Gerencial. (Consentimientos Informados y demás..)

Cordialmente,

FANNY VILLAMIL BECERRA
Jefe de Control Interno
E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha