INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN ESE

PERIODO EVALUADO: NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2019

Con el fin de realizar seguimiento al Sistema de Control Interno en la Empresa Social del Estado Popayán, de acuerdo a los parámetros establecidos por el artículo 156 del decreto 2106 del 2019 que modifica el artículo 14 de la ley 87 y el articulo 9 la ley 1474, se présenta el presente informe de evaluación independiente según los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, del periodo comprendido entre noviembre a diciembre del 2019.

Se realizó diagnóstico inicial con la evaluación del Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno en aplicativo FURAG II en noviembre del 2017, en marzo de 2018 se da cumplimiento al Reporte FURAG de MECI para la vigencia 2017 en marzo del 2018, para la vigencia 2018 se reportó en febrero del 2019 y para la vigencia 2019 se presentó reporte en noviembre del 2019, cumpliendo con las normas y las fechas establecidas, evaluando el desempeño institucional de la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E teniendo en cuenta el nuevo Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG.

ESTRUCTURA MIPG

DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO

<u>AMBIENTE DE CONTROL</u>

<u>LÍNEAS ESTRATÉGICA</u>

La alta dirección cuenta con el compromiso, liderazgo y lineamientos a seguir con el fin de fortalecer la cultura organizacional y el mejoramiento continuo de los procesos, se adopta el Modelo Integral de Planeación y Gestión Mediante la resolución 054 del 22 de marzo del 2019, en cumplimiento al Decreto 1499 del 11 de septiembre del 2017.

Se crea el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante Resolución 077 del 19 de mayo de 2017, como lo indica el decreto 648 del 19 de abril de 2017, el cual se constituye como una herramienta para la evaluación y el seguimiento de la gestión institucional, se realizó reunión el 25 de febrero del 2019 en el que se aprobó el Plan Anual de Auditorías Internas para la vigencia 2019, Se crea el Comité de Gestión y Desempeño mediante resolución Nº 56 del 26 de marzo del 2019, actualmente continúan operativos los dos comités.

Hizella Bonilla 31/01/2020 2:26

La gestión del talento Humano se encuentra alineada con los objetivos de la Entidad, se cuenta con personal idóneo para la gestión de los procesos, se realizan los procesos de selección, inducción y capacitación del personal.

1. **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN**

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, cuenta con un Equipo MECI conformado, Se evidencia mediante Acto Administrativo Resolución 183 del 25 de octubre de 2017. Actualmente se realizó cambio de logo Institucional y se está trabajando para mejorar la plataforma estratégica Institucional (Misión, Visión, Política de Calidad, Valores Corporativos, Objetivos institucionales, Mapa de proceso), se actualizó el organigrama institucional codificado.

Se cuenta con Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 Planes Operativos Anuales y los Planes Operativos por Dependencia, con relación al Plan Operativo Anual para la vigencia 2017 se obtiene una ejecución del 95% de cumplimiento, para la vigencia 2018 se obtiene una ejecución del 95% de cumplimiento, para la vigencia 2019 se obtiene una ejecución del 95%.

Se cuenta con un Plan de Gestión en cumplimiento a la Resolución 743 modificada por la resolución 408 del 2018 y Resolución 1097 del 2018. Para la vigencia 2017 se obtiene una calificación de 4.01 en una escala del 1 al 5. Para la vigencia 2018 se obtiene un una calificación de 4.39, en una escala del 1 al 5, para la vigencia 2019 actualmente se encuentra en proceso de obtener los resultados.

Se Formuló el Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC 2017 -2020, al igual que se han fortalecidos los procesos asistenciales con la elaboración de manuales, procedimientos, guías, formatos y documentos asociados a los procesos, para la vigencia 2017 se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 97%, para la vigencia 2018 obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 96%, para la vigencia 2019 se obtiene un porcentaje del 100%.

En el mes de diciembre del 2019 se realizó la socialización de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucionales teniendo en cuenta las 16 políticas establecidas en el decreto 1499 del 2017 en el capítulo 2, en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

GESTIÓN CON VALORES

La Empresa cuenta en su estructura con el proceso SIAU: Sistema de Información y Atención al Usuario) Se está realizando la apertura de los buzones y dando respuesta a las peticiones, quejas y reclamos de forma oportuna, para el presente periodo se realizó informe semestral con corte a 31 de diciembre del 2019.

La Empresa Social del Estado Popayán ESE, en la actual gerencia ha realizado Audiencia Pública de rendición de cuentas en abril del 2017, abril del 2018 y junio del 2019, se han realizado previamente foros en los diferentes municipios que conforman la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, se ha venido implementando mesas de trabajo con los usuarios, permitiendo el dialogo con los diferentes grupos de valor.

Se fortalece los proceso de trasparencia y acceso a la información pública en la pagina institucional y a través de otras plataformas publicando por parte de los diferentes líderes de proceso sus respectivos Planes, reportes e informes, El proceso de contratación cumple con la publicación de contratos realizando los reportes oportunos en la plataforma SECOP I y II, al igual que se rinde información sobre publicación de contratos en la Plataforma SIA OBSERVA, se han realizado acciones de mejora como digitalización documental compartidas con el proceso administrativo y actualización de base de datos de contratos 2018 y 2019, se ha mejorado la actualización de base de datos de tutelas, se elaboró la política de prevención de daño antijurídico, se ha mejorado la comunicación con los responsables de la elaboración de estudios previos y el proceso jurídico lo que ha permitido disminuir el tiempo en la realización de los contratos, se ha mejorado la gestión documental de las carpetas contractuales conforme a la ley de archivo y normativas vigentes, se actualizó el Manual de Contratación mediante acto administrativo Resolución 201 del 12 de noviembre del 2019 y se socializó a los líderes de proceso, se definen indicadores del proceso, se cuenta con mapa de riesgos del proceso jurídico, se realizó auto diagnóstico, diseño de Política, caracterización del proceso. Se mejoró en gestión documental con relación a la organización de archivos, se realizó la trasferencia de archivos de vigencias 2017, se realizó inclusión de hoja de control en las carpetas contractuales.

Se cuenta con el Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano con sus respectivos seguimientos por control interno, para la vigencia 2017 presentó una ejecución del 94%. Para la vigencia 2018 presentó una ejecución del 100%, Para la vigencia 2019 presentó un cumplimiento del 100% en su ejecución.

Se ha implementado la medición de indicadores que permiten hacer seguimiento y evaluación de la gestión Institucional y tomar decisiones de forma oportuna.

TALENTO HUMANO

Se cuenta con el Plan Estratégico de Talento Humano y la política conforme a los lineamientos establecidos en MIPG.

Se cuenta con el Plan institucionales de capacitación – PIC aprobado mediante resolución 027 de marzo 5 de 2018, para la vigencia 2018, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 92.5%. Para la vigencia 2019 se aprobó el PIC mediante resolución 51 del 22 de marzo del 2019, se obtiene un cumplimiento del 100% en su ejecución. Se cuenta con un Programa de bienestar social aprobado

mediante resolución 046 de marzo de 2018, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 100%. para la vigencia 2019 se aprueba mediante resolución 52 del 22 de marzo del 2019, en el cual se incluye el Plan de incentivos, se da cumplimiento del 75% de ejecución.

Se cuenta con procedimiento de Inducción y re-inducción documentado, Se está desarrollando el Programa de Inducción y Re-inducción del personal aprobado mediante resolución 100 de agosto 2018, que permite a los líderes del proceso conocer el papel que desarrolla dentro de la Institución, para lograr una adecuada adherencia de los trabajadores a la Institución, durante la vigencia del 2018 se han realizado inducción al personal de planta que ingresa al igual que se realiza inducción a los estudiantes que realizan las pasantías o prácticas, en conjunto con las diferentes instituciones educativas con las que se tienen convenio de docencia de servicios. Se cuenta con procedimiento de liquidación y pago de nómina y pago de aportes de seguridad social, se cuenta con Plan de provisión de Talento Humano (formalización laboral) el cual se encuentra en proceso, Se cuenta con el Plan Anual de vacaciones y Plan Anual de vacantes documentados.

Se están implementado el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, se cuenta con personal idóneo y calificado para el desarrollo e implementación del Sistema, se ha capacitado al personal asistencial y administrativo.

Se elaboró el código de integridad y se realizó su respectiva socialización el 1 de abril del 2019, para este periodo se socializó en los Puntos de Atención de los municipios que conforman la ESE Popayán.

Actualmente se encuentra en actualización de la información de hojas de vida del personal y declaración de bienes en la plataforma SIGEP.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Actualmente se cuenta con una política de Gestión del Riesgo aprobada mediante resolución 173 de octubre 20 del 2017, la cual contiene los factores mínimos que puede afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos de la Empresa.

Se cuenta con mapa de riesgos de corrupción e identificación de riesgos de corrupción, análisis de riesgos y medidas de mitigación, se cuenta con mapa de riesgos asistenciales y mapa de riesgos del proceso contable, se cuenta con mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2019, para el presente periodo se actualizó el mapa de riesgos asistenciales y se diseño el mapa de riesgos administrativos.

ACTIVIDADES DE CONTROL

La alta dirección realiza seguimiento a la adopción e implementación y aplicación de manuales, protocolos y procedimientos tanto de los procesos administrativos como asistenciales.

Los líderes de procesos se concientizan del autocontrol con la realización de autoevaluaciones, El proceso de Planeación realiza seguimientos continuos a los líderes de proceso y la Oficina de control interno realiza seguimientos y auditorías internas a los procesos con el fin de verificar la eficiencia de los controles establecidos.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

2. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Los servidores de la Entidad identifican, analizan, documentan y difunden el conocimiento adquirido. Se ha mejorado en el registro de la información, a través de medios físicos (papel), Bases de datos, Hojas de cálculo y archivos digitales.

Se está implementado el programa de Gestión Documental, frente a la recepción de documentos tiene un control unificado de registro y radicación de documentos recibidos y tramitados, se actualizó formatos para el diligenciamiento por parte los líderes de proceso, se cuenta con el programa de gestión documental, se realizó procedimiento de tablas de retención documental y formatos por áreas para la organización según organigrama codificado, para este periodo se elaboró diagnóstico, Política, el manual de organización de archivos y el Plan Institucional de archivos PINAR, se elaboró procedimientos de gestión documental, se continua realizando capacitaciones, se cuenta con documento de tablas de retención documental en cual está en proceso de aprobación. Para el presente periodo se socializó la política de gestión documental, organización de archivos por dependencias, se organizó historias Clínicas físicas de Pueblillo, se realizó informe de Diagnostico del estado de Historias clínicas físicas, de Hospital Toribio Maya, se realizó informe de MIPG y se socializó a los líderes de proceso. Se realizó acompañamiento en los procesos de tesorería, talento Humano y coordinación Popayán.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

A partir de julio de 2017 se cuenta con un proceso de comunicaciones, con su respectivo plan estratégico de Comunicaciones, actualmente se cuenta con un Plan de Comunicaciones y se cuenta con canales de comunicación internos y externos como: radio, televisión, redes sociales, correos electrónicos institucionales, plataforma SPARK y pagina web institucional, que han permitido mejorar la comunicación a nivel interno y externo.

Actualmente se cuenta con una nueva página web Institucional mejorando su imagen y contenido, se espera continuar fortaleciendo La transparencia y el acceso a la información pública en cumplimiento a las normativas vigentes.

ACTIVIDADES DE MONITOREO

La Empresa viene reportando de forma oportuna la información a la Contaduría General de la Nación, Contraloría General del Cauca, Supersalud, Ministerio y Secretaria Departamental del Cauca.

Se reportó oportunamente a la Contaduría General de la Nación el Informe de Control Interno Contable de la vigencia 2017 se obtiene una calificación de 4.19, para la vigencia 2018 se obtiene una calificación de 4.29 en una escala de 1 a 5.

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno se encuentra operativo cumpliendo con las funciones de evaluación y seguimiento de la gestión Institucional, en el mes de junio del 2018 se aprobó los documentos: Código de ética del Auditor Interno, estatuto de Auditorias Interna, dando cumplimiento al Decreto 648 del 2017, se ha aprobado mediante el comité el Plan Anual de Auditorías Internas para las vigencia 2017, 2018 y 2019.

Se cuenta con un Programa Anual de Auditorías Internas 2017 obteniendo una ejecución del 100%, se priorizaron los procesos de: Planeación, Calidad, Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Ambiental, Almacén, Facturación, Cartera, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y Contratación, Se cuenta con Plan Anual de Auditoria 2018 el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, cumpliendo con el 100% de su ejecución, Se cuenta con el Plan Anual de Auditoria Internas para la presente vigencia 2019, aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumpliendo con el 100%. Actualmente se cuenta con Planes de mejoramiento por proceso entre los que se destacan acciones de mejoramiento como:

PROCESO CARTERA:

- ✓ Cumplimiento en la elaboración del Manual de procesos y procedimientos de cartera.
- ✓ Inclusión dentro del manual de procesos y procedimientos de cartera el proceso de depuración y saneamiento de cartera.
- ✓ Se cuenta con (Bakup) copia de seguridad de la información que reposa en cartera.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo 594 de 2000.
- ✓ Mejoramiento en el flujo de información para la identificación de pagos.

PROCESO DE TALENTO HUMANO

- ✓ Se actualizó el manuales de procesos y procedimientos del proceso de talento humano
- ✓ Se cuenta con procedimiento de selección de personal

- ✓ Mejoramiento en la organización de las hojas de vida del personal, su respectiva verificación y consolidación de información de sindicatos.
- ✓ Se proyectó la guía, formato y resolución para acoger procedimiento para evaluación de desempeño.
- ✓ Se elaboró formato para evaluación de capacitación, el cual se está aplicando después de cada capacitación.
- ✓ Se incluye plan de incentivos en plan de bienestar el cual es aprobado mediante Resolución 046 del 2018 y resolución 52 del 22 de marzo del 2019.
- ✓ Se mejoró en el seguimiento a la entrega de dotación a partir de abril del 2018, para cada funcionario que tiene derecho según la norma.
- ✓ Se está aplicando la ley de archivo en los archivos: Hojas de vida, Planes de Talento Humano con su correspondiente ejecución.
- ✓ Se realiza exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y egreso.
- ✓ Se cuenta con Plan de emergencias
- ✓ Se cuenta con Manual de Gestión y seguridad y salud en el trabajo
- ✓ Se cuenta con Política de gestión de Talento Humano
- ✓ Se cuenta con Código de Integridad
- ✓ Se encuentra en proceso de Plan de formalización laboral

PROCESO DE PRESUPUESTO:

- ✓ Elaboración de procedimientos de ejecución presupuestal de gastos.
- ✓ Elaboración de procedimiento de ejecución presupuestal de ingresos.

Cumplió con su plan de mejoramiento derivado de la auditoría Interna.

PROCESO DE TESORERÍA:

- ✓ Elaboración de procedimiento de tesorería.
- ✓ Mejoramiento en la entrega oportuna de los recaudos de los Puntos de Atención pertenecientes a la ESE Popayán.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo.
- ✓ Se canceló cuentas inactivas de Banco de occidente –Piamonte

PROCESO CONTABLE:

- ✓ Elaboración, documentación y aprobación de procedimiento de cierre contable, elaboración y declaraciones tributarias a diciembre del 2017.
- ✓ Avance en la política contable, pendiente ajustar a marcos normativos NIIF.

- ✓ Publicación de estados contables en la página institucional de forma mensual.

PROCESO FACTURACIÓN:

- ✓ Elaboración del manual de procesos y procedimientos de facturación.
- ✓ Definición de indicadores de gestión del proceso.
- ✓ Mejoramiento en la organización de la documentación del proceso aplicando la ley de archivo.
- ✓ Mejoramiento en la organización de carpetas de contratación con EPS, conforme a la ley de archivo.

PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL

- ✓ Elaboró, documentó y aprobó el manual de procesos y procedimientos de Historias clínicas
- ✓ Mejoramiento en el control de las condiciones ambientales, con la compra de tergohigometro
- ✓ Organización y depuración de historias Clínicas físicas
- ✓ Organización y depuración de historias Clínicas físicas

PROCESO ALMACEN

- ✓ Se dio inicio a la actualización de inventarios Bodega Almacén, Kárdex de Almacén el cual se recibió desactualizado.

PROCESO PLANEACIÓN Y CALIDAD

- ✓ Avances en la elaboración de caracterizaciones de los procesos.
- ✓ Revisión de protocolos, manuales, procedimientos.
- ✓ Elaboración de Política de Administración del Riesgo.
- ✓ Elaboración y ejecución del Plan de Auditoria para el mejoramiento continúo de la calidad y operatividad del mismo.
- ✓ Avances en la activación de los comités Institucionales.
- ✓ Elaboración de manual de gestión del riesgo.

PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL

- ✓ Operatividad de comité GAGAS (Resolución 146 de 2017) Operatividad de Comité GAGAS en los Puntos de Atención Hospital Toribio Maya y Hospital María Occidente.
- ✓ Mejoramiento de organización de archivos con la aplicación de ley de archivo 594 de 2000.
- ✓ Mejoramiento de la señalización y Rotulación de los recipientes para el adecuado uso del manejo de los residuos Hospitalarios.

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

- ✓ Mejoramiento de aplicación de ley de archivo en los expedientes contractuales.
- ✓ Fortalecimiento en cumplimiento de soportes contractuales.
- ✓ Mejoramiento de formatos del proceso contractual.
- ✓ Formulación de indicadores del proceso de gestión contractual.

AUDITORIAS INTERNAS TRANSVERSALES REALIZADOS EN LOS PUNTOS ASISTENCIALES, Para la vigencia 2017 se realizó auditorías internas transversales en los Puntos de Atención de Popayán en sus puntos: Hospital del Norte, Centro de Salud María Oriente, Hospital María Occidente, Centro de Salud 31 de marzo y Centro de Salud Loma de la Virgen, Punto de Atención Caldono y en sus puntos Siberia y Pezcador, Punto de Atención Coconuco y Punto de Atención Totoró, para la vigencia 2018 y 2019 se ha realizado seguimiento a los Planes de mejoramiento derivados de auditorías internas.

Se continúa realizando seguimiento a las acciones de mejoramiento por parte de Control Interno al igual que los avances relacionados con el Sistema de Control Interno. La información generada de las Auditorías Internas ha permitido al equipo directivo tomar decisiones y a los líderes de procesos tomar acciones de mejoramiento y garantizar el cumplimiento normativo.

Se realiza seguimiento a la gestión de resultados con los indicadores de gestión a los cuales se le ha realizado seguimiento por parte de la Oficina de Planeación y Control Interno, obteniendo los siguientes resultados para la gestión 2017.

Matriz de calificacion Resolucion 408 de 2018								
Area de Gestion	No	Indicador	Linea base	Meta	Resultado del periodo evaluado	Calificacion	Ponderacion	Resultado Ponderado
a	b	c	d	e	f	g	h	m=g*h
Direccion y Reporte 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluacion en la vigencia anterior			La ESE durante la vigencia evaluada realizo autoevaluacio	3	0,05	0,15
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atencion en salud		≥ 90	97%	5	0,05	0,25
	3	Gestion de ejecucion del plan de desarrollo institucional		≥ 90	95%	5	0,10	0,5

Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero			sin riesgo	NA	0,05	#¡VALOR!
	5	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida		< 90	97%	3	0,05	0,15
	6	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a traves de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a traves de mecanismos electronicos		≥ 70	0%	5	0,05	0,25
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior		cero o variacion negativa	-783.906.376	3	0,05	0,15

Financiera y administrativa 40%	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones RIPS		4	4	5	0,05	0,25
	9	Resultado equilibrio presupuestal		≥ 1,00	1,13	5	0,05	0,25
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que sustituya		100%	100%	0	0,05	0
	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que los sustituya		100%	100%	5	0,05	0,25

Gestion Clinica o Asistencial 40 %	21	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion		≥ 0,85	0,77	1	0,08	0,08
	22	Incidencia de sifilis congenita en partos atendidos en la ESE		0	0	5	0,08	0,4
	23	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo especifica; guia de atencion de enfermedad hipertensiva		≥ 0,90	90	5	0,07	0,35
	24	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo de crecimiento y desarrollo		≥ 0,80	80	5	0,06	0,3
	25	Proporcion de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas		≤ 0,03	0,01	5	0,05	0,25
	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general		≤ 3	1	5	0,06	0,3

91%	Resultado calificacion	4,07

Para la vigencia 2017, se obtiene un 91 % de cumplimiento con una calificación 4,07 en una escala del 1 al 5, siendo está una calificación satisfactoria.

Para la vigencia 2018, se obtienen los siguientes resultados:

					Resultado
AREA DE GESTION	No	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DE INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1,20	1,22
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC	≥ 0, 9	0,96
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	0,95

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopsion del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Sanemiento Fiscal y Financiero	Sin Riesgo
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	5	Evolucion del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	[(Gasto de Funcionamiento y Operación comercial y Prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación/ Gasto de Funcionamiento y Operación comercial y Prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,90	0,72
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	6	Proporcion de medicamentos y material medico-quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). Compras conjuntas b) Compras a traves de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c). Compras a traves de mecanismos electronicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE de medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥ 0,7	0,84
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior	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 objeto de evaluación / (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)-(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	cero (0) o variacion negativa	0,00
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	8	Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones RIPS	Numero de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la junta Directiva con la base en Rips de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de las instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de los gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de cxp de vigencias anteriores).	≥ 1	**1,08**
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	10	Oportunidad en la entrega de reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica expedida por la superintendencia Nacional de salud o la norma que sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	**Cumplimiento dentro de los terminos provistos**	**No cumplimiento**
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 , compilado en la seccion 2, capitulo 8, titulo 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Unico reglamentario del sector salud y Proteccion Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de la evaluación.	**Cumplimiento dentro de los terminos provistos**	**Cumplimiento**

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%	21	Proporcion de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,85	0,55
GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con diagnostico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	0 casos	0
GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%	23	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo especifica; guia de atencion de enfermedad hipertensiva	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	0,94
GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%	24	Evaluacion de aplicacion de guia de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guía técnica para la para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo de la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,8	0,85
GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL 40%	25	Proporcion de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Numero total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluacion.	≤ 0,03	0,004
TION CLINICA Y ISTENCIAL 40%	26	Tiempo promedio de espera para la asignacion de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en que se asigno la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluacion / Numero total de citas de medicina general de primera vez	≤ 3	1,06

Resultado calificación	4,39

Para la vigencia 2018, se obtiene una calificación 4,39 en una escala del 1 al 5, siendo está una calificación satisfactoria.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Fortalecer la socialización de Planes Institucionales a todo el personal que conforma la Empresa Social del Estado Popayán ESE.
- ✓ Continuar en la actualización de caracterizaciones, manuales, protocolos, procedimientos, formatos que permita fortalecer la cultura organizacional de la Empresa.
- ✓ Formular una Política contable y de depuración contable para la Empresa Social del Estado Popayán ESE.
- ✓ Realizar análisis y valoración y seguimiento del los riesgos institucionales.
- ✓ Realizar periódicamente autoevaluaciones y establecer controles a la gestión en cada uno de los procesos,
- ✓ Aplicar la ley de Archivo 594 de 2000 en todos los procesos institucionales, con implementación y aplicación de TRD.
- ✓ Actualizar inventarios y mantener los Kárdex al día y realizar seguimiento por parte de los líderes de proceso.
- ✓ Mejorar la articulación de los procesos e implementación de acciones de mejoramiento encaminados hacia el logro de la misión, visión y objetivos institucionales.

BRIGITH ANDREA HERNÁNDEZ BURBANO – Contratista
CONTROL INTERNO ESE POPAYÁN
Popayán, 31 de enero del 2020.