

Ibagué, marzo 11 de 2019

Doctora

**ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY**

Gerente

**UNIDAD DE SALUD IBAGUE**

Ciudad

**ASUNTO: SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION 2017, PLAN DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD 2017, PLAN DE ACCION 2018, PLAN ANTICORRUPCION 2018 PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA MUNICIPAL A LA GESTION VIGENCIA 2017.**

Estimada doctora Martínez:

Con la debida atención y de acuerdo a su solicitud, nos permitimos remitir para los fines que considere pertinente, el seguimiento al cumplimiento de los objetivos de los Planes citados en el asunto, con el objetivo de establecer los compromisos para la concertación de objetivos de la Evaluación del Desempeño del año 2019 por parte de cada uno de los responsables.

Vale la pena anotar, la importancia que el cumplimiento de la planeación institucional que involucra a todos los líderes de procesos, es de suma importancia para la calificación de la Gestión de los Gerentes Públicos de acuerdo a la 710 de 2012, 743 de 2013, y 408 de 2018, por parte de la Junta Directiva de la entidad y la consecución de los objetivos institucionales de la E.S.E. Unidad de Salud de Ibagué.

Los Líderes de Procesos son parte fundamental del andamiaje, y su gestión repercute dentro de la gestión de los gerentes públicos, en este caso el de la Unidad de Salud Ibagué E.S.E.

A continuación se presenta la evaluación del Plan de gestión de la Gerencia vigencia 2017 y el análisis de los indicadores en los cuales no se logró el cumplimiento:

PROYECCION PLAN DE GESTION 2017-2020

RESOLUCION No. 710 DE 2012, MODIFICADA RESOLUCION 743 DE 2013

AREA DE GESTION	No	Tipo de ESE	INDICADOR	ESTÁNDAR	LINEA BASE	INDICADORES DE GESTION VIGENCIA	FUENTE DE INFORMACION	RESPONSABLE	CALIFICACION	PONDERACION	PORCENTAJE
						2017					
	1	Nivel I,II, III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	* ≥1,20 * Acreditación en la vigencia evaluada * Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	1.1	1.2	* Certificación de acreditación * Documento de Autoevaluación * Contrato de postulación	COORDINADOR MEDICO Y DE CALIDAD, ENFERMERA DE CALIDAD, EQUIPO DE APOYO CALIDAD	5	0.05	0.25
	2	Nivel I,II, III	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	≥0.90	96%	100%	Certificación de la oficina de calidad u oficina de control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementado con enfoque en acreditación. Superintendencia de salud.	COORDINADOR MEDICO Y DE CALIDAD, ENFERMERA DE CALIDAD, EQUIPO DE APOYO CALIDAD	5	0.05	0.25
	3	Nivel I,II, III	Gestión de ejecución del Plan de desarrollo institucional	≥0.90	86.53%	90%	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad.	LIDER PLANEACION O QUEN REALICE ESTAS FUNCIONES	3	0.10	0.30
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Nivel I,II, III con categorización de riesgo alto o medio	Riesgo Fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	RIESGO ALTO (2013) SIN RIESGO (2015)	SIN RIESGO	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para la ESE categorizadas con riesgo medio o alto	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA, PROFESIONAL UNIVERSITARIO CARTERA, PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	N.A	N.A.	N.A.
	5	Nivel I,II, III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (1)	<0.90	1.047	2.54	Ficha técnica de la página Web del SIHO del MSPS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA FINANCIERA, PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO, TECNICO OPERATIVO ESTADISTICA	0	0.057	-

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	6	Nivel I,II, III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgicos adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de ESE 3. compras a través de mecanismos electrónicos	≥0.70	99%	1.00	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE	LIDER DE ALMACEN, FARMACIA Y CONTRATACION	5	0.057	0.285
	7	Nivel I,II, III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Cero (0)	0.0057	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE	CONTADOR , REVISOR FISCAL	0	0.057	-
	8	Nivel I,II, III	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	4	4	2	1. Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces 2. Actas de Junta Directiva	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FINANCIERO, SUPERVISOR DEL CONTRATO DE FACTURACION.	1	0.057	0.057
	9	Nivel I,II, III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1.00	0.97	0.8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del MSPS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FINANCIERO, PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO.	1	0.057	0.057
	10	Nivel I,II, III	Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Circular 030 (Trimestral y semestral) Circular 012 (anual)	cumple	Superintendencia Nacional de Salud	LIDER DE SISTEMAS, LIDER CALIDAD, LIDER DE FINANCIERA	5	0.057	0.285
	11	Nivel I,II, III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Trimestral, Semestral y Anual	cumple(4)	Ministerio de Salud y protección social	LIDER DE CALIDAD Y DE SISTEMAS, LIDER DE CALIDAD, LIDER DE FINANCIERA, LIDER DE ESTADISTICA.	5	0.057	0.285

GESTION CLINICA ASISTENCIAL 40%	21	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Mayor o igual a 0,85	86%	61%	Informe comité de historias clínicas	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR P Y D	5	0.08	0.40
	22	Nivel I	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0 casos	0	0	Concepto COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la E.S.E. en cada caso de sífilis congénita diagnosticado, o la no existencia de casos de sífilis congénita.	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR P Y DCOMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	5	0.08	0.40
	23	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo específico: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	Mayor o igual a 0,90	100%	100%	Informe de Historias clínicas.	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR P Y DCOMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	0	0.07	-
	24	Nivel I	Evaluación de aplicación de GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	0.80	85%	100%	Informe de Historias clínicas.	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR P Y DCOMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	0	0.06	-
	25	Nivel I	Proporción de Reingreso de Pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 Horas.	Menor o igual a 0.3	0,000437	0,01	Comité de Calidad o quien haga sus veces	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR P Y DCOMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	5	0.05	0.25
	26	Nivel I	Tiempo de Promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina General	Menor o igual a 3	1.91	1.57	Superintendencia Nacional de Salud	COORDINADOR MEDICO, SUPERVISOR DE CONTRATO DE CALL CENTER Y FACTURACION.	5	0.06	0.30
	<b>TOTAL</b>									<b>3.12</b>	<b>100%</b>

Indicador No.	Tipo de Indicador	Nombre del indicador	Calificación
5	Financiero y Aditiva	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida	0
7	Financiero y Aditiva	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0
23	Asistencial	Evaluación de aplicación de Guía de Manejo específico: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	0
24	Asistencial	Evaluación de aplicación de GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	0
8	Financiero y Aditiva	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	1
9	Financiero y Aditiva	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1

Luego de revisada la evaluación del Plan de Gestión se observa que los siguientes indicadores **Financieros Administrativos** tuvieron un puntaje de (0):

- 1) **Indicador Número 5:** Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida. CALIFICACION CERO (0). Se recomienda evaluar periódicamente el comportamiento del gasto frente a la producción de servicios referente al indicador Número 5 denominado **EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA INDICADOR No. 5**, que permita mantener el control de dicho indicador.
- 2) **Indicador Número 7:** Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior. CALIFICACION CERO (0). Se recomienda evaluar periódicamente valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta o por concepto de contratación de servicios, **INDICADOR No.7**.

Luego de revisada la evaluación del Plan de Gestión se observa que los siguientes indicadores **Financieros Administrativos**, tuvieron un puntaje de **UNO (1)**:

- 3) **Indicador Número 8:** Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS. **CALIFICACION UNO (1)** .Se recomienda hacer seguimiento periódico a este indicador que permita mejorar el estándar, realizando informe relacionado con el análisis que deben realizar las Instituciones Prestadoras de Salud, en lo referente al perfil epidemiológico y frecuencia de uso, para desarrollar e implementar estrategias encaminadas a mejorar los procesos de atención en salud.
- 4) **Indicador Numero 9:** Resultado equilibrio presupuestal con recaudo. **CALIFICACION UNO (1)**. EL Indicador No. 9: **RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**, el cual es un indicador que mide el equilibrio presupuestal total de la institución entre los ingresos recaudados totales y los gastos comprometidos totales del periodo a evaluar, incluyendo las cuentas por cobrar y por pagar de vigencias anteriores. Se recomienda hacer seguimiento periódico a este indicador que permita mejorar el estándar.

Luego de revisada la evaluación del Plan de Gestión se observa que los siguientes indicadores **ASISTENCIALES** tuvieron un puntaje de (1):

- 1) **Indicador Número 23:** Evaluación de aplicación de Guía de Manejo específico: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. Se recomienda realizar la evaluación permanente de la aplicación de la GUIA DE ATENCION

DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA, de acuerdo a la normatividad vigente y realizar estricto seguimiento por parte del Comité de Historias Clínicas, con sus respectivos soportes y evidencias.

- 2) **Indicador Número 24,** Evaluación de aplicación de GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. Se recomienda realizar la evaluación permanente de la aplicación de la GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, de acuerdo a la normatividad vigente y realizar estricto seguimiento por parte del Comité de Historias Clínicas, con sus respectivos soportes y evidencias.

De acuerdo a los indicadores analizados **FINANCIEROS** que tuvieron una calificación de CERO (0), nos indica que de 17 indicadores no se logró el estándar del indicador en (2) indicadores que corresponde al **11.76%**.

Luego de analizados los indicadores a **ASISTENCIALES** que tuvieron una calificación de CERO (0), nos indica que de 17 indicadores no se logró el estándar del indicador en (2) indicadores que corresponde al **11.76%**.

Los indicadores **FINANCIEROS** que tuvieron una calificación de UNO (1), nos indica que de 17 indicadores no se logró el estándar del indicador en (2) indicadores que corresponde al **11.76%**.

Debido a lo anterior, se **recomienda** incluir dentro de la **Concertación de Objetivos de la Evaluación del Desempeño**, de acuerdo a la Ley 909 de 2004, el seguimiento periódico, análisis, cumplimiento y exposición de cada indicador del Plan de Gestión según Resolución 408 de 2018.

A continuación nos permitimos presentar el Plan de Mejoramiento que incluye la descripción de los hallazgos encontrados por la Superintendencia de Salud y las acciones de mejora:

PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO								
COMPONENTE (estándar)	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿CUMPLIMIENTO?		¿QUIÉN?	¿CUÁNDO?	
		Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción	Responsable(s) de la acción	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
						Nombre / Cargo		
GENERALIDADES	HALLAZGO No.1. LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E. AL NO EFECTUAR LA NOVEDAD DEL CAMBIO DE DOMICILIO EN EL REPS, PRESUNTAMENTE INCUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 EMANADA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL "POR LA CUAL SE DEFINEN LOS PROCEDIMIENTOS Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD", ARTÍCULO 12 QUE DICE: "NOVEDADES DE LOS PRESTADORES. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ESTARÁN EN LA OBLIGACIÓN DE REPORTAR LAS NOVEDADES QUE ADELANTE SE ENUNCIAN, ANTE LA RESPECTIVA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, DILIGENCIANDO EL FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DISPONIBLE EN EL APLICATIVO DEL REPS, PUBLICADO EN LA PÁGINA WEB DE LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, Y CUANDO SEA DEL CASO, DEBERÁN ANEXAR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES CONFORME A LO DEFINIDO EN EL MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SE CONSIDERAN NOVEDADES LAS SIGUIENTES: 12.1 NOVEDADES DEL PRESTADOR: (...) C) CAMBIO DE DOMICILIO.."	PRESENTAR NOVEDAD DE "CAMBIO DE DOMICILIO" EN EL REPS, ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.	INGRESANDO A LA PLATAFORMA AL LINK: <a href="http://www.saludtolima.gov.co/reps">www.saludtolima.gov.co/reps</a> . REGISTRANDO EL REPORTE DE LA NOVEDAD DE CAMBIO DE DOMICILIO, IMPRIMIENDO EL FORMATO, ENTREGÁNDOLO Y RADICANDO EN FÍSICO NOVEDAD, EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA GOBERNACION DEL TOLIMA.	PANTALLAZO DE LA PLATAFORMA DONDE SE VERIFICA NOVEDAD: "CAMBIO DE DOMICILIO"	VERIFICACION "CAMBIO DOMICILIO" EN PLATAFORMA DEL REPS	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	04//04/2018	04//04/2018
ADMINISTRATIVO	HALLAZGO No. 2. LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E., PRESUNTAMENTE INCUMPLE LO SEÑALADO EN SUS ESTATUTOS ACUERDO 008 DE 25 NOVIEMBRE DE 1997 POR EL CUAL SE APRUEBAN LOS ESTATUTOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ ESE, SOBRE LAS REUNIONES ORDINARIAS DE JUNTA DIRECTIVA QUE DE ACUERDO A LO NORMADO EN ESTOS, SE HARÁ CADA DOS MESES, DE MANERA ORDINARIA ASÍ: "ARTICULO 22. REUNIONES DE LA JUNTA. LA JUNTA DIRECTIVA SE REUNIRÁ ORDINARIAMENTE CADA DOS MESES Y EXTRAORDINARIAMENTE A SOLICITUD DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA O DEL GERENTE O CUANDO UNA TERCERA PARTE DE SUS MIEMBROS ASÍ LO SOLICITEN. DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA SE LEVANTARÁ LA RESPECTIVA ACTA EN EL LIBRO QUE PARA TAL EFECTO SE LLEVARÁ Y PERMANECERÁ BAJO CUSTODIA DEL GERENTE DE LA EMPRESA", PUES NO SE PRESENTA CONTINUIDAD EN LAS ACTAS DE JUNTA REVISADAS EN LA VIGENCIA 2016, PUESTO QUE EN LOS MESES DE JULIO Y AGOSTO SE DEBERÍA HABER CELEBRADO REUNIÓN Y ESTA NO SE LLEVÓ A CABO. DE IGUAL MODO OCURRE CON LAS ACTAS DE 2017 EN DONDE NO SE EVIDENCIA ACTA DE LOS ÚLTIMOS DOS MESES DE ESA VIGENCIA.	DAR CABAL CUMPLIMIENTO A LA PERIODICIDAD DE LA CELEBRACION DE LAS REUNIONES DE JUNTA DIRECTIVA DE LA ENTIDAD DE CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS.	ELABORAR PROGRAMACION ANUAL DE REUNIONES ORDINARIAS DE JUNTA DIRECTIVA, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS DE LA ENTIDAD	No. DE REUNIONES REALIZADAS CON LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA DE CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS / No. DE REUNIONES PROGRAMADAS * 100	100	ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY GERENTE.	012/01/2019	31/12/2019
		ACTUALIZAR Y AJUSTAR LOS ESTATUTOS DE ENTIDAD, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN LA NORMA ACTUAL VIGENTE, RESPECTO DE LA CONFORMACION Y NUMERO DE MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE.	REVISAR LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA CONFORMACIÓN Y NÚMERO DE MIEMBROS DE LAS JUNTAS DTECTIVAS DE LAS ESES, DEL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD, CON EL FIN DE ACTUALIZAR LOS ESTATUTOS, MEDIANTE ACUERDO DE LA JUNTA DIRECTIVA.	EVIDENCIAR LA ACTUALIZACIÓN CORRESPONDIENTE.	DOCUMENTO APROBADO.		03/12/2018	31/03/2019

ADMINISTRATIVO	<p>HALLAZGO No. 3. EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, NO SE EVIDENCIA LA EJECUCIÓN DE LAS METAS PROPUESTAS EN LAS MATRICES CREADAS POR CAD DEL PLAN DE DESARROLLO SOBRE: PROGRAMA SALUD PÚBLICA, PROGRAMA VIDA CONDICIONES NO TRASMISIBLES, PROGRAMA SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALE REPRODUCTIVOS, PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLE VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES, PROGRAMA DE CALIDAD E DE LOS SERVICIOS, PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, PROGRAMA DESA INFORMÁTICO POR PARTE DE LA GERENTE ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY PRESUNTAMENTE INCUMPLE CON LO NORMADO EN EL ARTÍCULO 74 DE LA LEY 743</p>	<p>HACER SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PLAN DE DESARROLLO DE LA ENTIDAD.</p>	<p>REALIZAR EL SEGUIMIENTO A CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE DESARROLLO DE CONFORMIDAD L PROGRAMA SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS, PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, PROGRAMA VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES, PROGRAMA DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, PROGRAMA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, PROGRAMA DESARROLLO INFORMÁTICO Y PRESENTASR INFORME CORRESPONDIENTE.</p>	<p>No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS A 31 DE DICIEMBRE DE 2018 / No.TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN DE LA VIGENCIA 2018*100</p>	<p>90</p>	<p>ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY GERENTE. COMITE INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO</p>	<p>02/01/2019</p>	<p>31/03/2019</p>
	<p>HALLAZGO No4. LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, PRESUNTAMENTE ESTÁ INCUMPLIENDO CON LO ESTIPULADO EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE 2015 EMANADA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD “POR LA CUAL SE REQUIERE LA PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN PERIÓDICA A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO” DENTRO DE LOS DIEZ PRIMEROS DÍAS HÁBILES DE CADA MES; AL NO ENCONTRAR EVIDENCIA QUE ESTOS REPORTES SE HAYAN EFECTUADO DE CONFORMIDAD CON LO CITADO EN LA NORMA PARA LAS VIGENCIAS AUDITADAS 2016 Y 2017.</p>	<p>EVIDENCIAR MEDIANTE SOPORTES LA PRESENTACIÓN Y ENVÍO DE LA INFORMACIÓN ESTIPULADA EN LA CIRCULAR 009 DE 2015 A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO DE 2016, TIEMPO DURANTE EL CUAL LA GERENTE DE LA USI ESE, DESEMPEÑO LA GERENCIA EN ENCARGO.</p>	<p>RECOPILAR EN CARPETA LOS OFICIOS DE ENVÍO CON FIRMAS DE RADICADO DE LA VIGENCIA 2016 DEL RECIBO POR PARTE DE LA SUPERINTEDENCIA NACIONAL DE SALUD DE LA INFORMACIÓN ESTIPULADA EN LA CIRCULAR 009 DE 2015 CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO DE 2016</p>	<p>EVIDENCIAR LA CARPETA CON LOS OFICIOS DE ENVÍO Y LOS RADICADOS DE RECIBO POR PARTE DELA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.</p>	<p>CARPETA DOCUMENTADA DE LOS CORRESPONDIENTES OFICIOS,</p>	<p>JUAN CARLOS RAMIREZ AYA TECNICO OPERATIVO - ESTADISTICA</p>	<p>03/12/2018</p>	<p>28/02/2019</p>
ADMINISTRATIVO	<p>HALLAZGO NO. 5. LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, PRESUNTAMENTE INCUMPLE LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 005 DE JUNIO 05 DE 2014 ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E., ARTÍCULO 5 NUMERALES 5.12 Y 5.14 QUE SEÑALA QUE EN MATERIA DE CONTRATACIÓN ENTRE OTROS SE OBSERVARÁN LOS PRINCIPIOS DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA. EN EL CASO DEL PROCESO DE ASEO SE CELEBRARON 6 CONTRATOS CON SIMILAR OBJETO EN LA VIGENCIA 2017 Y FRENTE AL PROCESO DE ALIMENTACIÓN SE CELEBRARON 4 CONTRATOS EN LA VIGENCIA 2016 Y ADEMÁS QUEDARON 4 DÍAS DESCUBIERTOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p>	<p>DAR CABAL CUMPLIMIENTO A LA POLITICA OPERACIONAL DE CONTRATACION, FRENTE A LAS JUSTIFICACIONES JURÍDICAS, FINANCIERAS, TÉCNICAS Y FUNCIONALES EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN SUJETANDOSE A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL EXISTENTE.</p>	<p>DOCUMENTAR EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA OPERACIONAL CONTRACTUAL, FRENTE A LAS JUSTIFICACIONES JURÍDICAS, FINANCIERAS, TÉCNICAS Y FUNCIONALES LA REALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN SUJETANDOSE A LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL EXISTENTE.</p>	<p>No. DE CONTRATOS QUE DOCUMENTAN EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA OPERACIONAL / TOTAL DE CONTRATOS SUSCRITOS QUE REQUIEREN LAS JUSTIFICACIONES POR LIMITACIONES PRESUPUESTALES EN EL PERIODO * 100</p>	<p>100</p>	<p>OLGA LUCIA OSORIO ARCINIEGAS TÉCNICO OPERATIVO - CONTRATACIÓN</p>	<p>02/01/2019</p>	<p>31/12/2019</p>



ADMINISTRATIVO	HALLAZGO No. 6. LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, PRESUNTAMENTE INCUMPLE CON LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA NO. 005 DE 2014 "POR EL CUAL SE ADOPTA EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 5185 DEL 14 DE DICIEMBRE DE 2013 EMANADA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL", ARTÍCULO 19 QUE SEÑALA QUE SE DEBE CONSTITUIR UN COMITÉ ASESOR DE COMPRAS Y SERVICIOS QUE EVALÚE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS POR LOS DISTINTOS OFERENTES, PUESTO QUE EL CONTRATO 357 DE 2017 SE CELEBRÓ SIN QUE HAYA EVIDENCIA DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DEL CONTRATISTA Y SE LEE EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL ALLEGADO QUE SU MATRÍCULA MERCANTIL FUE CANCELADA, TAN POCO SE OBSERVA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES DEL SUPUESTO REPRESENTANTE LEGAL CON QUE SE SUSCRIBIÓ EL CONTRATO	VERIFICAR Y REVISAR SOPORTES Y EN GENERAL TODOS LOS DOCUMENTOS LEGALES Y COTIZACIONES QUE DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS Y MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA ENTIDAD SE REQUIEREN, PARA LA SELECCIÓN DEL CONTRATISTA EN LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA.	MEDIANTE LISTAS DE CHEQUEO SE REALIZARÁ EL SEGUIMIENTO DEL LLENO DE LOS REQUISITOS DE ORDEN JURÍDICO, TÉCNICO Y ECONÓMICO DE LOS PROCESOS QUE SE REALICEN POR LA MODALIDAD DE CONTRATACIÓN DIRECTA.	No. DE CONTRATOS SUSCRITOS POR MODALIDAD DE CONTRATACION DIRECTA, CON SOPORTES PREVIAMENTE VERIFICADOS SEGÚN LISTA DE CHEQUEO / No TOTAL DE CONTRATOS SUSCRITOS DIRECTAMENTE * 100.	100	OLGA LUCIA OSORIO ARCINIEGAS - TÉCNICO OPERATIVO CONTRATACIÓN	03/12/2018	31/12/2019
ADMINISTRATIVO	HALLAZGO No. 7: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E., AL EFECTUAR LAS PUBLICACIONES EN EL SECOP DE MANERA EXTEMPORÁNEA ESTÁ PRESUNTAMENTE VIOLANDO LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 19 DEL DECRETO 1510 DE 2013, COMO SE OBSERVA EN EL CONTRATO 226 DE SEPTIEMBRE 12 DE 2016 Y LA PUBLICACIÓN DE LA PÓLIZA.	ENLISTAR LOS DOCUMENTOS QUE DENTRO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE LA USI-ESE DEBEN SER PUBLICADOS EN EL SECOP OPORTUNAMENTE.	SUSCRIPCIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ENLISTAN, LOS DOCUMENTOS QUE DENTRO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE LA USI-ESE, DEBEN SER PUBLICADOS EN EL SECOP OPORTUNAMENTE.	TOTAL DE CONTRATOS PUBLICADOS COMPLETA Y OPORTUNAMENTE EN EL SECOP DE ACUERDO A LISTADO DE DOCUMENTOS DEFINIDO. /TOTAL DE CONTRATOS SUSCRITOS EN EL PERIÓDO. *100	100	SANDRA JOHANNA HENAO MENDOZA - AUXILIAR ADMINISTRATIVO - CONTRATACIÓN	03/12/2018	31/12/2019
ADMINISTRATIVO	HALLAZGO NO.8: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, PRESUNTAMENTE INCUMPLE CON LA OBLIGATORIEDAD DE TENER CONFORMADO EL COMITÉ DE ADQUISICIONES PARA LAS VIGENCIAS AUDITADAS, INCUMPLIENDO LO RELATIVO AL ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 1510 DE 2013 Y EL ARTÍCULO 37 DEL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, SOBRE LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE COMPRAS Y ADQUISICIONES QUE PARTICIPE EN LA PREPARACIÓN, ADOPCIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	MODIFICAR EL ARTICULO 19 DE LA RESOLUCIÓN 228 DE JUNIO 6 DE 2014 EMANADA DE LA GERENCIA DE LA USI ESE, CON EL FIN DE ASIGNARLE AL COMITÉ ASESOR EVALUADOR DE COMPRAS Y SERVICIOS, LAS FUNCIONES DE PARTICIPAR EN LA PREPARACIÓN, ADOPCIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES DE LA ENTIDAD, APOYADOS POR EL TÉCNICO OPERATIVO DE ALMACÉN	ELABORAR Y OFICIALIZAR ACTO ADMINISTRATIVO POR LA CUAL SE MODIFICA EL ARTICULO 19 DE LA RESOLUCIÓN 228 DE JUNIO 6 DE 2018, ASIGNÁNDO AL COMITÉ ASESOR EVALUADOR DE COMPRAS Y SERVICIOS, LAS FUNCIONES DE PARTICIPAR EN LA PREPARACIÓN, ADOPCIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES DE LA ENTIDAD, APOYADOS POR EL TÉCNICO OPERATIVO DE ALMACÉN	ACTO ADMINISTRATIVO DEBIDAMENTE LEGALIZADO Y SOCIALIZADO.	ACTO ADMINISTRATIVO SOCIALIZADO	ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY GERENTE.	03/12/2018	31/12/2018
	HALLAZGO NO.9: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ ESE, HA COMPROMETIDO RECURSOS SIN VERIFICAR EL MONTO DE LOS RECAUDOS POR TAL MOTIVO NO HAY EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDOS EN LAS VIGENCIAS 2016 Y 2017 POR LO ANTERIOR PRESUNTAMENTE NO LE ESTÁ DANDO CUMPLIMIENTO A LOS NUMERALES 6, 7,12 Y 13 DEL DECRETO 115 DE 1996.	REALIZAR LA FORMULACIÓN PRESUPUESTAL DE LA VIGENCIA 2019 DE ACUERDO AL ARTICULO 131 DE LA LEY 1873 DE 2017 QUE MODIFICÓ LA METODOLOGIA DE PROYECCION PRESUPUESTAL CONTENIDA EN EL ARTICULO 17 DE LA LEY 1797 DE 2016, DE BASE RECAUDO A BASE DE RECONOCIMIENTO.	CON BASE A LA FACTURACION RECONOCIDA DEBIDAMENTE SOPORTADA EN RECAUDOS Y ACTAS DE CONCILIACION CON LAS EPS, PROYECTAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO PARA LA VIGENCIA 2019. CABE ACLARAR QUE LAS NECESIDADES PARA LA OPERACIÓN SUPERAN EL VALOR DE LA FACTURACION RECONOCIDA.	COMPROMISOS DEL PERIODO / TOTAL DE RECONOCIMIENTOS DEL PERIODO * 100	MÍNIMO 100%	SANDRA PATRICIA ZUTTA RAMIREZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO	01/01/2019	31/12/2019

FINANCIERO	HALLAZGO NO.10: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ – U.S.I. E.S.E., PARA LAS VIGENCIAS FISCALES DE 2016 Y 2017 NO CONTÓ CON EL PROCESO DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO CONTEMPLADO EN EL DEL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULOS 11 LEY 1474 DE 2011.	ELABORAR Y EJECUTAR PLAN DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO, ANUAL MENSUALIZADO, AJUSTADO AL RECONOCIMIENTO (ARTICULO 131 LEY 1873 DE 2017	LA OFICINA DE PRESUPUESTO ELABORA EL PLAN DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO DE LA VIGENCIA 2019 Y LO PRESENTA A LA GERENCIA PARA SU APROBACIÓN. PARA SU EJECUCIÓN EL PROFESIONAL DE PRESUPUESTO SE REUNIRÁ CON EL GERENTE PARA APROBACIÓN DEL PLAN MENSUAL.	No. DE PLANES MENSUALIZADOS DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO AJUSTADOS Y APROBADOS / NO DE MESES DEL PERIODO EVALUADO *100	100	SANDRA PATRICIA ZUTTA RAMIREZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO	03/12/2018	31/12/2019
FINANCIERO	HALLAZGO NO.11: LOS SALDOS REGISTRADOS EN LAS CONCILIACIONES BANCARIAS DE LAS CUENTAS DE CORRIENTES Y DE AHORRO DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ U.S.I. E.S.E., POR \$5.109.571MILES, AL CORTE DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017 NO CONCUERDAN CON LOS SALDOS REGISTRADOS EN DEL ESTADO DE FLUJO DE EFECTIVO DONDE REGISTRA SALDO POR \$6.850.411 MILES Y TAMPOCO CONCUERDA CON EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA DONDE REGISTRA EN LA CUENTA DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS \$5.916.853 MILES, SITUACIÓN QUE NO ES COHERENTE, CAUSA CONFUSIÓN Y FALTA DE CONFIABILIDAD, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE, EL CAPÍTULO 1 ACTIVOS NUMERAL 1 ADMINISTRACIÓN DE LIQUIDEZ CORRESPONDIENTE A LAS NORMAS PARA EL RECONOCIMIENTO, MEDICIÓN, REVELACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS HECHOS ECONÓMICOS DE LAS EMPRESAS QUE NO COTIZAN EN EL MERCADO DE VALORES Y QUE NO CAPTAN NI ADMINISTRAN AHORRO DEL PÚBLICO QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DEL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1 DE LA RESOLUCIÓN 414 DE 2014 EMITIDA POR LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.	VERIFICAR QUE SE REALICE CONCILIACION DE TODAS LAS CUENTAS ENTRE LIBROS DE BANCOS Y EXTRACTOS BANCARIOS DENTRO DE LOS PLAZOS FIJADOS Y QUE LOS SALDOS CONCILIADOS CONCUERDEN CON LOS CIERRES MENSUALES DE FLUJO DE EFECTIVO Y BALANCES	REALIZAR LA CONCILIACIÓN MENSUAL DE LOS LIBROS DE BANCOS DE TODAS LAS CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO CON LOS RESPECTIVOS EXTRACTOS MENSUALES, REALIZANDO LOS AJUSTES CORRESPONDIENTES PARA QUE ESTOS SALDOS CONCUERDEN CON LOS FLUJOS DE EFECTIVO Y CON LA SITUACIÓN FINANCIERA REPORTADA EN LOS BALANCES	NO. DE CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO, CONCILIADAS Y AJUSTADAS CON EXTRACTOS OPORTUNAMENTE EN EL RESPECTIVO MES / TOTAL DE CUENTAS DE AHORROS Y CORRIENTES DE LA ENTIDAD *100	100	JAIR A. JIIMENEZ CIFUENTES - PROFESIONAL UNIVERSITARIO TESORERO	03/12/2018	31/12/2019
FINANCIERO	HALLAZGO NO.12: EL EQUIPO AUDITOR IDENTIFICÓ INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN REPORTADA RELACIONADA CON LOS VALORES REGISTRADOS EN BALANCE Y EN LA FACTURACIÓN RADICADA, LO CUAL GENERA INCERTIDUMBRE RESPECTO DE LA CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA POR EL VIGILADO, POR LO TANTO, PRESUNTAMENTE NO ESTÁ DANDO CUMPLIMIENTO AL CAPÍTULO 4 INGRESOS NUMERAL 1 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS CORRESPONDIENTE A LAS NORMAS PARA EL RECONOCIMIENTO, MEDICIÓN, REVELACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS HECHOS ECONÓMICOS DE LAS EMPRESAS QUE NO COTIZAN EN EL MERCADO DE VALORES Y QUE NO CAPTAN NI ADMINISTRAN AHORRO DEL PÚBLICO QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DEL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1 DE LA RESOLUCIÓN 414 DE 2014 EMITIDA POR LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN	EN FORMA TRIMESTRAL CONCILIAR LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN CON CONTABILIDAD CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CAP 4 INGRESOS NUMERAL 1 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS CORRESPONDIENTE A LAS NORMAS PARA EL RECONOCIMIENTO, MEDICIÓN, REVELACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS HECHOS ECONÓMICOS	ELABORAR Y SUSCRIBIR ACTA DE CONCILIACIÓN, VERIFICANDO LOS VALORES FACTURADOS Y RADICADOS FRENTE A LOS VALORES REGISTRADOS EN LOS BALANCES, POR REGIMENES, REALIZANDO LOS AJUSTES A QUE HAYA LUGAR. CON EL FIN DE DARLE CONFIABILIDAD A LA INFORMACIÓN.	TOTAL DE VALORES REPORTADOS TRIMESTRALMENTE POR TIPO DE INGRESOS POR EL ÁREA DE FACTURACIÓN / TOTAL DE VALORES CONTABILIZADOS POR EL ÁREA CONTABLE POR LOS MISMOS CONCEPTOS EN EL TRIMESTRE *1000	100	EDILBERTO PENAGOS MOSCOSO - TÉCNICO OPERATIVO FACTURACIÓN Y JULIA PATRICIA RINCÓN DEL CAMPO PROFESIONAL ESPECIALIZADA FINANCIERA.	02/01/2019	31/12/2019

FINANCIERO	HALLAZGO NO.13: LA ENTIDAD AUDITADA PRESENTA INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN REPORTADA RELACIONADA CON LOS VALORES TOTALES FACTURADOS Y LA FACTURACIÓN PENDIENTE DE RADICAR LO CUAL INDICA QUE NO SE ESTÁN GENERANDO INFORMES CONFIABLES; ES DECIR QUE LOS HECHOS ECONÓMICOS ENTREGADOS NO SON COHERENTES CON LOS INFORMADOS, POR LO TANTO, NO SE ESTÁ DANDO CUMPLIMIENTO AL NUMERAL 4 CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA CORRESPONDIENTE AL MARCO CONCEPTUAL DE LAS EMPRESAS QUE NO COTIZAN EN EL MERCADO DE VALORES Y QUE NO CAPTAN NI ADMINISTRAN AHORRO DEL PÚBLICO QUE HACEN PARTE INTEGRANTE DEL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1 DE LA RESOLUCIÓN 414 DE 2014 EMITIDA POR LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN	EN FORMA TRIMESTRAL CONCILIAR LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN RADICADA CON CARTERA CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CAP 4 INGRESOS NUMERAL 1 INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS CORRESPONDIENTE A LAS NORMAS PARA EL RECONOCIMIENTO, MEDICIÓN, REVELACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS HECHOS ECONÓMICOS	ELABORAR Y SUSCRIBIR ACTA DE CONCILIACIÓN, VERIFICANDO LOS VALORES FACTURADOS Y RADICADOS FRENTE A LOS VALORES REGISTRADOS EN CARTERA, POR REGIMENES, REALIZANDO LOS AJUSTES A QUE HAYA LUGAR. CON EL FIN DE DARLE CONFIABILIDAD A LA INFORMACIÓN.	TOTAL DE VALORES REPORTADOS TRIMESTRALMENTE POR TIPO DE INGRESOS POR EL ÁREA DE FACTURACIÓN / TOTAL DE VALORES REGISTRADOS POR EL ÁREA DE CARTERA POR LOS MISMOS CONCEPTOS EN EL TRIMESTRE ^100	100	EDILBERTO PENAGOS MOSCOSO - TÉCNICO OPERATIVO FACTURACIÓN Y MARIA DEL CARMEN ORDOÑEZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA	02/01/2019	31/12/2019
FINANCIERO	HALLAZGO NO.14: PARA LA VIGENCIA AUDITADAS DE 2016 Y 2017 LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ – U.S.I. E.S.E., NO PRESENTA RESOLUCIÓN DE CUENTAS POR PAGAR POR LO QUE NO SE PUDO DETERMINAR POR PARTE DEL EQUIPO AUDITOR EL VALOR COMPROMETIDO QUE DEBÍA SER INCORPORADO EN EL PRESUPUESTO DE GASTOS PARA LAS RESPECTIVAS VIGENCIAS. LO ANTERIOR EVIDENCIA UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULOS 13 Y 14 DEL DECRETO 115 DE 1996 POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN NORMAS SOBRE LA ELABORACIÓN, CONFORMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE LAS ESE	CANCELAR EN LA VIGENCIA 2019, TODAS LAS CUENTAS POR PAGAR PENDIENTES A LA FECHA, QUE CORRESPONDAN A VIGENCIAS EXPIRADAS	ELABORAR PLAN DE PAGOS EN LA VIGENCIA 2019, QUE GARANTICE LA CANCELACIÓN DE LAS CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIAS EXPIRADAS	TOTAL DE CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIAS EXPIRADAS, CANCELADAS / TOTAL DE CUENTAS POR PAGAR VIGENCIAS EXPIRADAS INCORPORADAS AL PRESUPUESTO DE 2019	100	SANDRA PATRICIA ZUTTA RAMIREZ- PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO Y JAIR ANTONIO JIMENEZ CIFUENTES - PROFESIONAL UNIVERSITARIO TESORERO	03/12/2018	31/12/2019
FINANCIERO	HALLAZGO NO. 15: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ U.S.I. E.S.E., NO CUENTA CON POLÍTICA, GESTIÓN Y PROCEDIMIENTO DE PRIORIZACIÓN DE PAGOS. SE HACE NECESARIO QUE LA ENTIDAD ELABORE E IMPLEMENTE EL DOCUMENTO PARA ESTABLECER EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE PRIORIZAN LAS OBLIGACIONES A CANCELAR, CON EL FIN DE SER EFICIENTE CON LOS RECURSOS, GARANTIZAR EL NORMAL FUNCIONAMIENTO Y NO AFECTAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. LO ANTERIOR EVIDENCIA EL INCUMPLIMIENTO PRESUNTAMENTE DEL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULOS 11 LEY 1474 DE 2011.	EELABORAR Y EJECUTAR PLAN DE PRIORIZACIÓN DE PAGOS, ANUAL MENSUALIZADO, AJUSTADO A LA PROGRAMACIÓN DE RECAUDOS	LA OFICINA DE TESORERÍA ELABORA EL PLAN DE PRIORIZACIÓN DEL GASTO DE LA VIGENCIA 2019 Y LO PRESENTA A LA GERENCIA PARA SU APROBACIÓN. PARA SU EJECUCIÓN EL PROFESIONAL DE TESORERÍA SE REUNIRÁ CON EL GERENTE PARA APROBACIÓN DEL PLAN MENSUAL.	NO DE PLANES MENSUALIZADOS DE PRIORIZACIÓN DE PAGOS AJUSTADOS Y APROBADOS / NO DE MESES DEL PERIODO EVALUADO *100	100	ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY - GERENTE Y JAIR A. JIMENEZ CIFUENTES - PROFESIONAL UNIVERSITARIO TESORERÍA.	03/12/2018	31/12/2019

FINANCIERO	HALLAZGO NO.16: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. E.S.E, PRESENTA RELACIÓN DE COSTOS PARA LAS VIGENCIAS FISCALES DE 2017 Y 2016 PERO NO EVIDENCIA TENER UN SISTEMA DE COSTOS QUE LE PERMITA DETERMINAR DE MANERA ACTIVA LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN EL PARÁGRAFO DE LOS ARTÍCULOS 185 Y 225 DE LA LEY 100 DE 1993 Y EL ARTÍCULO 75 DE LA LEY 1438 DE 2011.	MEJORAR GRADUALMENTE EL SISTEMA DE COSTOS DE LA ENTIDAD, PARA QUE BASADOS EN LA EXPERIENCIA Y EN EL SOFTWARE DE DINAMICA GERENCIAL, DISPONER HACIA EL FUTURO DE UN SISTEMA DE COSTOS POR ACTIVIDADES PARA APOYAR LOS PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES	REALIZAR PERIODICAMENTE AJUSTES AL SISTEMA DE COSTOS, CON EL FIN DE LOGRAR MEJORAMIENTO EN LA INFORMACIÓN GENERADA POR EL SISTEMA DE COSTOS.	EVIDENCIAR POR CERTIFICACIONES LOS AJUSTES EN LAS BASES DE DATOS QUE PERMITAN MEJORAR LA INFORMACIÓN DE COSTOS DE LA ENTIDAD	DOCUMENTACIÓN DE CERTIFICACIONES PRESENTADOS	JULIA PATRICIA RINCÓN DEL CAMPO - PROFESIONAL ESPECIALIZADA FINANCIERA Y SAÚL BETANCOURT CARO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO SISTEMAS	02/01/2019	31/12/2019
FINANCIERO	HALLAZGO NO. 17: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE E.S.E, NO ESTÁ APROPIANDO EL 5% CORRESPONDIENTE A MANTENIMIENTO HOSPITALARIO PRESUNTAMENTE INCUMPLIENDO CON EL ARTÍCULO 189, LEY 100 DE 1993, Y EL DECRETO 1769 DE 1994, CIRCULAR 029 DEL 13 DE MARZO DE 1997, EMANADA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.	APROPIAR EL 5% DEL PRESUPUESTO TOTAL PARA MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, SIN TENER EN CUENTA EL VALOR DE LAS CUENTAS POR PAGAR DE LA VIGENCIA ANTERIOR.	EN EL MOMENTO DE INCORPORACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD INICIAL Y CUENTAS POR PAGAR, HACER LOS AJUSTES RESPECTIVOS EN EL PRESUPUESTO DE MODO QUE EL MONTO DEL 5% DEL PRESUPUESTO TOTAL SE MANTENGA..	TOTAL DE GASTOS DE MANTENIMIENTO PRESUPUESTADOS, SIN INCLUIR LOS GASTOS DE MANTENIMIENTO DE LAS CUENTAS POR PAGAR / TOTAL DE INGRESOS PRESUPUESTADOS EN LA VIGENCIA * 100	MÍNIMO 5%	SANDRA PATRICIA ZUTTA RAMIREZ - PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PRESUPUESTO	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.18: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ U.S.I. - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NO REPORTÓ LOS CAMBIOS DE SEDE Y MODIFICACIÓN DE SERVICIOS A PRESTAR, PRESUNTAMENTE INCUMPLE EL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 13 DEL DECRETO 1011 DE 2006 HOY ARTÍCULO 2.5.1.3.2.7 DEL DECRETO 780 DE 2016 Y EL ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	REALIZAR LA AUTOEVALUCION EN LOS 38 PUNTOS DE ATENCION ATRAVES DE LA PLATAFORMA REPS, ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.	INGRESANDO A LA PLATAFORMA AL LINK: <a href="http://www.saludtolima.gov.co/reps">www.saludtolima.gov.co/reps</a> . REGISTRANDO "LAS AUTOEVALUACIONES", DE TODOS LOS 38 PUNTOS DE ATENCION DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI-ESE, IMPRIMIENDO EL FORMATO, ENTREGANDOLO Y RADICANDO EN FISICO, EN LA VENTANILLA UNICA DE LA GOBERNACION DEL TOLIMA.	38 PANTALLAZOS DE LA PLATAFORMA DONDE SE VERIFICA "AUTOEVALUACION"	VERIFICACION "CAMBIO DOMICILIO" EN PLATAFORMA DEL REPS	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	03/01/2018	03/01/2018
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 19: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ U.S.I. – E.S.E., NO CUENTA CON REGISTRO DE RENOVACIÓN DE HABILITACIÓN PARA LA VIGENCIA 2016 Y 2017, PARA CADA UNA DE LOS SERVICIOS DE LAS SEDES HABILITADAS, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, PRESUNTAMENTE VULNERANDO LAS DISPOSICIONES ENMARCADAS EN EL ARTÍCULO 09 DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y EL ARTÍCULO 14 Y 15 DEL DECRETO 1011 DE 2006 HOY ARTÍCULO 2.5.1.3.2.8 Y 2.5.1.3.2.9 DEL DECRETO 780 DE 2016.	SOLICITAR A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, RENOVACION DE HABILITACION POR CADA UNA DE LAS 44 SEDES DE LA USI-ESE	ADQUIRIENDO UN NUMERO DE 44 ESTAMPILLAS EQUIVALENTES AL NUMERO DE PUNTO ATENCIÓN.	No. DE SOLICITUD DE RENOVACIONES /No. DE RENOVACIONES DE HABILITACION ENTREGADAS A LA ENTIDAD X100.	100	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	10/05/2018	10/05/2018

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 20: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ U.S.I. – E.S.E., NO CUENTA CON EL SOPORTE DE REPORTE DE NOVEDADES ANTE EL ENTE TERRITORIAL PARA CADA UNA DE LAS VIGENCIAS AUDITADAS, SEGÚN LO EVIDENCIADO DURANTE LA VISITA DE CAMPO, PRESENTANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DEL NUMERAL 7 DEL CAPÍTULO PRIMERO DEL TÍTULO IV DE LA CIRCULAR ÚNICA 057 DE 2009 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO 1011 DE 2006	PRESENTAR A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, EL REPORTE DE NOVEDADES CUANDO SE LLEGAREN A SUCITAR DICHAS NOVEDADES.	INGRESANDO A LA PLATAFORMA AL LINK: <a href="http://www.saludtolima.gov.co/reps">www.saludtolima.gov.co/reps</a> . REGISTRANDO EL REPORTE DE LA NOVEDAD, IMPRIMIENDO EL FORMATO, ENTREGÁNDOLO Y RADICANDO EN FÍSICO NOVEDAD, EN LA VENTANILLA ÚNICA DE LA GOBERNACION DEL TOLIMA.	PANTALLAZO DE LA PLATAFORMA DONDE SE VERIFICA NOVEDAD QUE SE LLEGARE A PRESENTAR	VERIFICACION "CAMBIO DOMICILIO" EN PLATAFORMA DEL REPS	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	14/11/2018	14/11/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 21: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-ESE, PARA LAS VIGENCIAS AUDITADAS NO CUENTA CON ESTUDIO O DOCUMENTO QUE SUSTENTE EL ANÁLISIS DE SUFICIENCIA HOSPITALARIA QUE APORTE A LA TOMA DE DECISIONES PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, MOSTRANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO CON LO NORMADO Y ESTIPULADO EN EL NUMERAL 2 ARTÍCULO 5 DEL DECRETO 4747/2007.	AJUSTAR DOCUMENTO Y/O INSTRUMENTO MEDIANTE EL CUAL SE ANALIZA LA SUFICIENCIA HOSPITALARIA LA DE LA USI-ESE, MEDIANTE EL CUAL SE SOPORTEN LAS DECISIONES PARA LA CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD.	AJUSTE DOCUMENTO Y/O INSTRUMENTO DONDE SE INCLUYA LA INFORMACION ESTADISTICA DE LA UI SAN FRANCISCO, Y SU IMPACTO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS TENIENDO EN CUENTA EL TALENTO HUMANO, DOTACION Y TECNOLOGIA BIOMEDICA.	DOCUMENTO Y/O INSTRUMENTO ACTUALIZADO	DOCUMENTO Y/O INSTRUMENTO SOCIALIZADO	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MEDICO Y CALIDAD	03/12/2018	03/05/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 22: LA IPS UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E., NO PRESENTA LOS INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PARA LA VIGENCIA 2017, LO QUE IMPLICA UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 13 DEL DECRETO 3518 DE 2006	PRESENTAR INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR SEDES FUNCIONALES Y EL CONSOLIDADO GENERAL A PARTIR DE LA VIGENCIA DE 2018	ELABORACIÓN Y TABULACIÓN MENSUAL DE LA INFORMACIÓN DE INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR SEDES Y CONSOLIDADO GENERAL PARA LA TOMA DE DECISIONES DE LA ENTIDAD	INFORME DE INDICADORES MENSUALES PRESENTADOS / NO. DE MESES DEL PERIODO EVALUADO * 100	100	JUAN CARLOS RAMIREZ AYA - TÉCNICO OPERATIVO - ESTADISTICA	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIA ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 23: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E, PARA LA VIGENCIA 2017, EN RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD MATERNA EXTREMA, NO EVIDENCIA EL SOPORTE DEL ANÁLISIS Y UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE VIGILANCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES QUE AFECTEN O PUEDAN AFECTAR LA SALUD INDIVIDUAL O COLECTIVA DE SU POBLACIÓN ATENDIDA, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN EN COMITÉS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INCURRIENDO EN UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO NORMADO EN EL ARTÍCULO 13 DEL DECRETO 3518 DEL 2016 Y A LO CONTEMPLADO EN EL PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - MORTALIDAD MATERNA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	ELABORAR LAS FICHAS TÉCNICAS PARA LA CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME).	TENIENDO EN CUENTA LAS DIRECTRICES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ADOPTAR LAS FICHAS TÉCNICAS PARA LA CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)	FICHAS TÉCNICAS ADOPTADAS POR LA ENTIDAD A TRAVES DE ACTOS ADMINISTRATIVOS	100	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MEDICO Y CALIDAD	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIA ASISTENCIAL		CONTRUIR LOS INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME), 2017, 2018 Y ASI SUCESIVAMENTE.	CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)	INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)	100			
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.24: LA IPS UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E, NO TIENE DESARROLLADO, IMPLEMENTADO Y DOCUMENTADO, LOS PROCESOS DE INDICADORES DE PRODUCCIÓN, VIOLANDO PRESUNTAMENTE EL ARTÍCULO 13 DEL DECRETO 3518 DE 2006	ADOPTAR MEDIANTE MANUAL EL PROCESO DE INDICADORES DE PRODUCCIÓN DE LA ENTIDAD	RECOPILAR LAS FICHAS TÉCNICAS DEL MINISTERIO DE SALUD, RELACIONADAS CON LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE PRODUCCIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL MANUAL CORRESPONDIENTE.	EVIDENCIAR LA ELABORACIÓN DEL MANUAL PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES DE PRODUCCIÓN DE LA ENTIDAD.	DOCUMENTACION DEL MANUAL CORRESPONDIENTE	JUAN CARLOS RAMIREZ AYA - Técnico Operativo - Estadística	03/12/2018	31/12/2019

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.25: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E, PARA LA VIGENCIA 2016, NO CUENTA CON EL SOPORTE QUE EVIDENCIE EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN AL SIVIGILA, INCURRIENDO EN UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO NORMADO EN EL ARTÍCULO 6, 13 Y 24 DEL DECRETO 3518 DE 2006	EVIDENCIAR MEDIANTE LOS SOPORTES EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL SIVIGILA DE LA VIGENCIA DE 2016 DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUIE Y DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO ESES.	ENTRAR A LA PÁGINA DE LA PLATAFORMA SIVIGILA Y VOLVER A GENERAR LOS ARCHIVOS YA NOTIFICADOS DEL AÑO 2016 A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL COMO ENTE DE CONTROL PARA EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN DE LAS NOVEDADES DEL SIVIGILA.	EXTRACTAR ARCHIVO DE LOS REPORTES GENERADOS DE INFORMACIÓN A LA PLATAFORMA DEL SIVIGILA EN EL AÑO 2016.	ARCHIVCO DOCUMENTADO	NUBIA ESPERANZA CABEZAS - AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD SIVIGILA	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 26: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E, PARA LA VIGENCIA 2016, NO CUENTA CON EL SOPORTE QUE EVIDENCIE EL REPORTE DE RIPS A LAS EAPB CON QUIEN TIENEN CONTRATACIÓN, INCURRIENDO EN UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO NORMADO EN EL ARTÍCULO 114, ARTÍCULO 116, Y EL NUMERAL 130.12 DEL ARTÍCULO 130 DE LA LEY 1438 DE 2011 Y EL ARTÍCULO 2 DE LA RESOLUCIÓN 951 DE 2015	EVIDENCIAR MEDIANTE SOPORTES EL REPORTE DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTES A LOS RIPS DE LA VIGENCIA DE 2016 DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUIE Y DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO ESES, ENVIADOS A LAS EAPB, CON QUIENES SE SUSCRIBIERON CONTRATOS DE VENTA DE SERVICIOS.	RECOPILAR EN CARPETA LOS OFICIOS CON FIRMAS DE RADICADO DE LA VIGENCIA 2016 DEL RECIBO POR PARTE DE LAS EAPB DE LOS RIPS DEL PROCESO DE FACTURACIÓN MENSUAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ Y DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO ESES.	EVIDENCIAR LA CARPETA CON LOS OFICIOS RADICADOS A LAS EAPB, DE LA FACTURACIÓN MENSUAL ENVIADA	CARPETA DOCUMENTADA DE LOS CORRESPONDIENTES OFICIOS,	EDILBERTO PENAGOS MOSCOSO - TÉCNICO OPERATIVO FACTURACIÓN Y JAIME ALFONSO PALMA RONDÓN - PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACIÓN.	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 27: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E, NO CUENTA CON UN DOCUMENTO EN EL QUE SE EVIDENCIE LA ADOPCIÓN DE LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLÍNICO, ADEMÁS NO CUENTA CON UN MEDIO QUE EVIDENCIE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS AL PERSONAL ENCARGADO Y RESPONSABLE DE SU APLICACIÓN LO QUE INDICA UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL LITERAL D, NUMERAL 2.3.2.1. TODOS LOS SERVICIOS, ESTÁNDAR PROCESO PRIORITARIOS DEL MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	ELABORAR Y ADOPTAR GUIAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLINICO Y PROCESO DE EVALUACION DE LAS MISMAS	EXPEDIR ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ADOPTAN LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLINICO Y PROCESO DE EVALUACION DE LAS MISMAS.	GUIAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLINICO Y PROCESO DE EVALUACION.	GUIAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLINICO Y PROCESO DE EVALUACION DE LAS MISMAS, ADOPTADAS Y SOCIALIZADAS.	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADPO COORDIONMADO R MEDICO Y CALIDAD	03/12/2018	31/12/2018
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 28: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI – E.S.E., NO PRESENTA SOPORTE DE RADICADO ANTE LA ENTIDAD COMPETENTE, DE SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SIMULACROS DE EVACUACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO, DE ACUERDO A LO DEFINIDO EN EL ARTÍCULO 2, CAPÍTULO I DE LA LEY 1523 DE 2012 DEL CONGRESO DE COLOMBIA, EL ARTÍCULO 3, RESOLUCIÓN 1802 DE 1989 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EL ARTÍCULO 114 Y 127 DE LA LEY 9 DE 1979 Y ARTÍCULO 2.2.4.6.8 DECRETO 1072 DE 2015 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	RECOPILAR Y PRESENTAR LOS SOPORTES RADICADOS ANTE EL COMITÉ MUNICIPAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES O SU EQUIVALENTE DE LA SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SIMULACROS DE EVACUACIÓN Y GESTION DEL RIESGO DE LA ENTIDAD , CORRESPONDIENTESA LA VIGENCIA 2018 Y 2019	CONTINUAR SOCIALIZANDO E IMPLEMENTANDO LOS SIMULACROS DE EVACUACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ENTIDAD, ARCHIVANDO LOS SOPORTES DE EVIDENCIAS CORRESPONDIENTES DEBIDAMENTE RADICADOS.	VERIFICAR CARPETA CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES DE LAS VIGENCIAS 2018 Y 2019	DOCUMENTACIÓN PERTINENTE RADICADA Y ARCHIVADA	TERESA QUINTRERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	31/12/2019

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.29: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ, NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO NORMATIVAMENTE PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES MOSTRANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2, 3,4,6 DEL ARTÍCULO 6 DEL DECRETO 351 DE 2014, ARTICULO 2, 6 Y 7 DEL DECRETO 1669 DE 2002, CAPITULO 6, 7, Y 8 DE RESOLUCIÓN 1164 DE 2002 DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	CONTINUAR REALIZANDO LAS VISITAS A LOS OPERADORES DE RESIDUOS HOSPITALARIOS. (PROYECTOS AMBIENTALES ENCARGADO DE LA RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DESTINO FINAL DE LOS RESIDUOS).	DE ACUERDO A CRONOGRAMA REALIZAR LAS VISITAS VERIFICANDO MEDIANTE ACTA DE CHEQUEO EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA LA RECOLECCIÓN, TRANSPORTE Y DESTINO FINAL DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS	NO. DE ACTAS DE VISITAS REALIZADAS A LOS OPERADORES DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN EL PERIODO / NO. DE VISITAS PROGRAMAS EN EL PERIODO *100	100	TERESA QUINTERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	31/12/2019
		CONTINUAR SEGÚN CRONOGRAMAS CAPACITANDO Y SOCIALIZANDO AL PERSONAL EN CADA UNA DE LAS UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES.	ELABORAR ACTAS DE CAPACITACIÓN CORRESPONDIENTES EN EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES CON FIRMAS DE PLANILLAS DE ASISTENCIA CON COBERTURA EN UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.	NO. DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS FUNCIONALES DE LA USI ESE / TOTAL DE FUNCIONARIOS PROGRAMADOS A CAPACITAR EN EL PERIODO * 100	100		03/12/2018	31/12/2019
	HALLAZGO NO.29: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ, NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO NORMATIVAMENTE PARA LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES MOSTRANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DE ACUERDO A LO DEFINIDO EN EL NUMERAL 2, 3, 4,6 DEL ARTÍCULO 6 DEL DECRETO 351 DE 2014, ARTICULO 2, 6 Y 7 DEL DECRETO 1669 DE 2002, CAPITULO 6, 7, Y 8 DE RESOLUCIÓN 1164 DE 2002 DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	DAR CUMPLIMIENTO A TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LA ENTIDAD.	VERIFICAR MEDIANTE LISTAS DE CHEQUEO EL CUMPLIMIENTO A TODOS LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LA ENTIDAD.	NO. DE PROCEDIMIENTOS Y ESTANDARES DE MANEJO DE RESIDUOS QUE SE CUMPLEN EN LA ENTIDAD / TOTAL DE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA GESTIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LA ENTIDAD.	100		03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 30: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-E.S.E, NO PRESENTA LOS SOPORTES QUE GARANTICEN EL DESARROLLO Y GESTIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LO DESCRITO, QUE BUSQUE LA IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS LA CUAL DEBE INCLUIR UNA POLÍTICA FORMAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL FRENTE AL TEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, NO SE TIENEN	ADOPTAR Y ESTABLECER PARA LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-ESE, EL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CUAL SE CONTEMPLE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	EL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SE ELABORÓ SEGÚN LA METODOLOGÍA DE PROTOCOLO DE LONDRES.	EVIDENCIAR A TRAVÉS DE DOCUMENTO LA ADOCIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA USI-ESE.	DOCUMENTO ELABORADO Y SOCIALIZADO	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	03/01/2018	31/2/2019

	DEFINIDOS EL SEGUIMIENTO A INDICADORES, MOSTRANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL NUMERAL, 2.3.2, ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS DEL MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, DE ACUERDO A LO DEFINIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	CONFORMAR COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO.	SUSCRIBIR ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE INTEGRE EL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	EVIDENCIAR A TRAVÉS DE DOCUMENTO LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA USI-ESE.	ACTO ADMINISTRATIVO ELABORADO Y SOCIALIZADO		03/01/2018	31/2/2019
		SOCIALIZAR CON EL PERSONAL MISIONAL LA POLÍTICA Y MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA USI-ESE	REALIZACIÓN DE REUNIONES PERIÓDICAS SOBRE POLÍTICA MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA USI-ES	EVIDENCIAR DOCUMENTALMENTE (ACTAS Y PLANILLAS DE ASISTENCIA) LA SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA Y DEL MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PERSONAL MISIONAL INFORMADO		03/01/2018	31/2/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 31: UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-E.S.E, PARA LA VIGENCIA 2016 PRESENTÓ EVIDENCIAS INCOMPLETAS DE LA EJECUCIÓN DEL PAMEC, CON UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. ARTÍCULO 32, ARTÍCULO 45, ARTÍCULO 48 DEL DECRETO 1011 DE 2006	PRESENTAR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA EJECUCIÓN DEL PAMEC, VIGENCIAS 2016 Y 2018	CONTINUAR EJECUTANDO EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC, Y ARCHIVANDO LOS SOPORTES QUE EVIDENCIE SU CUMPLIMIENTO	VERIFICAR CARPETA CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES DE LAS VIGENCIAS 2016 Y 2018	DOCUMENTACIÓN PERTINENTE LEGALIZADA Y ARCHIVADA	EESTEFANIA HERNANDEZ CONTRATISTA CALIDAD	03/01/2018	31/02/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 32: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, PARA LAS VIGENCIAS OBJETO DE AUDITORÍA, NO CUENTA CON UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA IMPLEMENTADO, NI CON EL INFORME DE GESTIÓN, COMO TAMPOCO CON PROCESOS SOCIALIZADOS NI IMPLEMENTADOS PARA: ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA, SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EL SISTEMA, PROCEDIMIENTOS PARA LA REMISIÓN DEL PACIENTE, NO SE EVIDENCIAN AUDITORÍAS AL SERVICIO DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO, PRESENTANDO UN PRESUNTO INCUMPLIMIENTO A LO NORMADO EN; LITERAL 2.3.2.1, ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTÍCULO 9 DE LA RESOLUCIÓN 4331 DE 2012 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTÍCULO 54, ARTÍCULO 14 DEL DECRETO 4747 DE 2007, NUMERAL 130.12 Y 130.13 DE LA LEY 1438 DEL 2011.	PRESENTAR MENSUALMENTE INFORME DE LA GESTIÓN REALIZADA EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA	DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL RESPECTIVO MES, ELABORAR INFORME CON INDICADORES Y CONSOLIDARLO TRIMESTRALMENTE PARA SU PRESENTACIÓN EN LA REUNIÓN DE SOCIALIZACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMES DE GESTIÓN DE LA ENTIDAD	NO. DE INFORMES DE GESTIÓN PRESENTADOS EN EL PERÍODO / NO. DE MESES DEL PERÍODO EVALUADO * 100	100	JEFES DE ENFERMERIA SERVICIOS DE URGENCIAS Y OFICINA DE R Y CR DE LA UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO.	03/12/2018	31/12/2019
		SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR LOS PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA, PARA LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA DE LA ENTIDAD	ELABORAR LOS CRONOGRAMAS PARA LA SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA PARA LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA Y REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	NO. DE PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DEL SISTEMA PARA LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA SOCIALIZADOS E IMPLEMENTADOS / TOTAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA PARA LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA * 100	100	COORDINADOR MEDICO DE URGENCIAS Y COORDINADOR MEDICO DE CALIDAD.-	03/12/2018	31/12/2019
		EN LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN TRIMESTRAL DE LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD, REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA MENSUAL Y DEL RESPECTIVO TRIMESTRE CONSOLIDADO.	A TRAVÉS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO, REALIZAR EL ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES TRIMESTRALES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA.	NO. DE INFORMES DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO REALIZADOS TRIMESTRALMENTE A LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE R Y CR / NO. TOTAL DE TRIMESTRES A DEL PERÍODO * 100	100	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO.	03/12/2018	31/12/2019



		REALIZAR AUDITORIAS PERIÓDICAS AL SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES ASISTENCIAL BÁSICO PRESTADO POR LA ENTIDAD	MEDIANTE LISTAS DE CHEQUEO SE REALIZARÁ EL SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES	NO. AUDITORIAS REALIZADA / NO. DE AUDITORIA PROGRAMADAS EN EL PERIODO X100	100	ENFERMERAS SERVICIO DE URGENCIA UNIDADES INTERMEDIAS	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HHALLAZGO NO. 33: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO PRESENTA INDICADORES QUE PERMITAN EVALUAR EL DESARROLLO DEL SISTEMA REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA, DURANTE LA VIGENCIA 2016 Y 2017. NO SE EVIDENCIA EN EL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE PACIENTES, LAS CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE LOS PACIENTES REMITIDOS, PARA ASÍ LOGRAR REALIZAR EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO CONTINUO DEL PROCESO. PRESENTANDO RESUNTO INCUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 2.5.3.4.5 DEL DECRETO 780 DE 2016.	ELABORAR LAS FICHAS TECNICAS PARA LA CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2016, 2017, 2018 Y ASI SUCESIVAMENTE.	TENIENDO EN CUENTA LAS DIRECTRICES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ADOPTAR LAS FICHAS TÉCNICAS PARA LA CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	FICHAS TÉCNICAS ADOPTADAS POR LA ENTIDAD A TRAVES DE ACTOS ADMINISTRATIVOS	100	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MEDICO Y CALIDAD	03/12/2018	31/12/2019
		CONTRUIR LOS INDICADORES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, 2016, 2017, 2018 Y ASI SUCESIVAMENTE.	CONTRUCCION DE LOS INDICADORES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	INDICADORES DE MORBILIDAD DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	100			
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 34: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO SE EVIDENCIAN ACTOS ADMINISTRATIVOS DE LA TOTALIDAD DE LOS COMITÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, ADEMÁS NO SE EVIDENCIAN ACTAS DE SEGUIMIENTO, NO SE REALIZAN REUNIONES PERIÓDICAS EN LA TOTALIDAD DE COMITÉS INSTITUCIONALES. INCUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN: EL ARTÍCULO 22 DEL DECRETO 2200 DE 2005, ARTICULO 19 Y 20 DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, CAPÍTULO 2 DE LA RESOLUCIÓN 4816 DE 2008 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTÍCULO 37 DEL DECRETO 3518 DE 2006 (COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E INFECCIONES), RESOLUCIÓN 1995 DE 1998 (COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS) DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTÍCULO 2.5.3.2.9 (COMITÉ DE URGENCIAS), ARTÍCULO 2.5.3.10.24. (COMITÉ DE FARMACIA), ARTÍCULO .10.1.1.14 (COMITÉ ÉTICA HOSPITALARIA), ARTICULO 2.8.20.6 (COMITÉ DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD) DEL DECRETO 780 DE 2016	EVIDENCIAR TENIENDO EN CUENTAS LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA PARA LA CONFORMACIÓN DE COMITES INSTITUCIONALES ADMINISTRATIVOS POR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN Y PARA LA INTEGRACIÓN DE COMITES ASISTENCIALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, LOS ACTOS ADSMINISTRATIVOS DE LA CONFORMACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LOS COMITES	RECOPILAR EN CARPETA LA TOTALIDAD DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE CREAN E INTEGRAN LOS COMITES INSTITUCIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO QUE FUNCIONAN EN LA USI ESE,	No. DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE EVIDENCIAN LA CREACIÓN DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN LA ENTIDAD / No. TOTAL DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO QUE SE REUNEN EN LA ENTIDAD *100	100	ESTEFANIA HERNANDEZ - CONTRATISTA CALIDAD	03/12/2018	31/03/2019

		REALIZAR SEGUIMIENTO SEMESTRAL A LA REALIZACIÓN DE LAS REUNIONES DE LOS DIFERENTES COMITÉS DE ACUERDO A SUS REGLAMENTOS Y/O CRONOGRAMAS DE REUNIONES Y A LA ELABORACIÓN DE LAS RESPECTIVAS ACTAS.	ESTABLECER FORMATO PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO SEMESTRAL A LA REALIZACIÓN DE LAS REUNIONES DE LOS COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y A LA ELABORACIÓN DE LAS CORRESPONDIENTES ACTAS.	No. DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO QUE REALIZAN LAS REUNIONES DE ACUERDO A LO PROGRAMADO Y ELABORAN LA RESPECTIVA ACTA / No. TOTAL DE COMITES CONSTITUIDOS.	100	ESTEFANIA HERNANDEZ - CONTRATISTA CALIDAD	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 35: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ, NO SE EVIDENCIA PARA LAS VIGENCIAS AUDITADAS LA SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS, PRESUNTAMENTE NO CUMPLE CON LO ESTIPULADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DE ACUERDO A LA ELABORACIÓN DE PLANES DE EMERGENCIA Y DESASTRES, CONTINGENCIA Y EJERCICIOS DE SIMULACIÓN Y SIMULACROS, PLANES DE EVACUACIÓN DE LAS IPS OCASIONANDO FALENCIAS ANTE UNA EVENTUAL EMERGENCIA; INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1 Y 2 DE LA LEY 1523 DE 2012, ARTÍCULO 3 DE LA RESOLUCIÓN 1802 DE 1989 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	EEVIDENCIAR CON SOPORTES LA SOCIALIZACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS DE LAS VIGENCIAS 2017 , 2018 Y 2019	CONTINUAR SOCIALIZANDO EL PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS A LOS FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD, ARCHIVANDO LAS ACTAS Y PLANILLAS DE ASISTENCIA CORRESPONDIENTES DEBIDAMENTE FIRMADOS.	VERIFICAR CARPETA CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES DE LAS VIGENCIAS 2017 , 2018 Y 2019	DOCUMENTACIÓN PERTINENTE FIRMADA Y ARCHIVADA	TERESA QUINTERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	31/12/2019
		EVIDENCIAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS PARA LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES REALIZADAS A LOS FUNCIONARIOS Y SIMULACROS REALIZADOS EN LAS UNIDADES INTERMEDIAS.	CONTINUAR IMPLEMENTANDO EL PLAN DE EMERGENCIAS HOSPITALARIAS, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y SIMULACROS, ARCHIVANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.	VERIFICAR CARPETA CON LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES DE LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019	DOCUMENTACIÓN PERTINENTE ANUAL, FIRMADA Y ARCHIVADA	+	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.36: EN LA UNIDAD DE SALUD USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, DE LA CIUDAD DE IBAGUÉ, NO TIENE ESTABLECIDA LA FORMULACIÓN DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, POR LO TANTO NO REALIZA CAPACITACIONES AL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN, NO TIENE DOCUMENTADO EL DIAGRAMA DE FLUJO SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE POTENCIALES DONANTES, OCASIONANDO LA NO ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS, Y NO CONFORMIDADES EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA DE LA ENTIDAD, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE ARTÍCULO 8 DE LA LEY 73 DE 1998, ARTÍCULO 2 RESOLUCIÓN 2640 DE 2005 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	ADOPTAR, SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LA ENTIDAD.	DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA REALIZAR LAS ADECUACIONES PARA SU ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN LA ENTIDAD.	EVIDENCIAR A TRAVES DE DOCUMENTOS LA ADOPCIÓN, SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EN LA USI ESE.	DOCUMENTO ADOPTADO, SOCIALIZADO E IMPLEMENTADO	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	02/12/2018	31/12/2019

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 37: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL ESTADO, NO SE EVIDENCIA EL PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO DEL MANEJO DE CADENA DE CUSTODIA DURANTE LA VIGENCIA 2016, NO SE EVIDENCIA LA SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL DOCUMENTO PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE CADENA DE CUSTODIA DE LA VIGENCIA 2017, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE EL ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTICULO 254 Y 255 DEL CAPÍTULO V DE LA LEY 906 DEL 2004 Y EL LITERAL C1 DEL NUMERAL 4.4 DEL CAPÍTULO 4 DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA CADENA DE CUSTODIA DE LA RESOLUCIÓN 2369 DEL 2016 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	ADOPTAR, SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR EL PROTOCOLO DE MANEJO DE CUSTODIA EN LA ENTIDAD.	DE ACUERDO AL MODELO DE PROTOCOLO DE MANEJO DE CUSTODIA, ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 0459 DE 2012 DEL MINISTERIO DE SALUD, ADECUARLO PARA SU ADOPCIÓN POR PARTE DE LA USI ESE, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES PARA SU SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIAR A TRAVES DE DOCUMENTO LA CONFORMACION DEL COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, EN LA USI-ESE.	DOCUMENTO ADOPTADO, SOCIALIZADO E IMPLEMENTADO	MARIA MERCEDES OSORIO SOLANO - ENFERMERA	03/01/2018	314/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 38: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO PRESENTA DOCUMENTO ALGUNO SOBRE ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN, NI ADOPCIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER, NI DE PACIENTES RENALES, PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON VIH. PROCEDIMIENTO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y SU NOTIFICACIÓN, PROCEDIMIENTO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR. INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LOS ARTÍCULOS 5 (ENCISO 1), ARTICULO 6 DE LA LEY 1733 DE 2014, EL ACUERDO 245 DE 2003. GUÍA PARA EL MANEJO DE VIH SIDA, ARTÍCULO 5. ENCISO 1, ARTICULO 6 DE LA LEY 1733 DE 2014, LA LEY 1733 DE 2014, ARTICULO 13 DEL DECRETO 3518 DE 2006, C-355 DE 2006, LEY 1733 DEL 2014. ARTÍCULO 1º LEY 1171 DE 2007. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	ELABORAR Y ADOPTAR PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER, RENALES, PACIENTES CON VIH Y DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA, INTERRUPCION DE EMBARAZO Y ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.	EXPEDIR ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ADOPTAN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER, RENALES, PACIENTES CON VIH Y DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA, INTERRUPCION DE EMBARAZO Y ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.	PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER, RENALES, PACIENTES CON VIH Y DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA, INTERRUPCION DE EMBARAZO Y ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA Y PROCEDIMIENTO DE ATENCION AL ADULTO MAYOR.	PROTOCOLOS DE MANEJO CLINICO Y PROCESO DE EVALUACION DE LAS MISMAS, ADOPTADAS Y SOCIALIZADAS.	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MEDICO Y CALIDAD	03/12/2018	31/12/2018
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO.39: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO SE EVIDENCIA LA SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD DE DESPLAZADOS, A LAS COMUNIDADES AFRO DESCENDIENTES, ATENCIÓN A LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, OCASIONANDO FALENCIAS EN CALIDAD Y ACCESIBILIDAD DE ESTOS GRUPOS POBLACIONALES EN CUANTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. NO PRESENTA DOCUMENTO NI ACTO ADMINISTRATIVO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN. PRESENTANDO PRESUNTO INCUMPLIENDO CON EL ARTÍCULO 5 Y 168 DE LA LEY 100 DE 1993, ARTICULO 17 Y 20 DEL DECRETO 2569 DE 2000, ARTICULO 1 Y 2 DEL DECRETO 2284 DE 2003, ARTICULO 5 Y 7 DE LEY 21 DE 1991, ARTÍCULO 1º Y 4º DE LEY 691 DE 2001. LITERAL D NUMERAL 2.3.2.1. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, NUMERAL 2 ARTICULO 2.5.1.4.1. DECRETO 780 DEL 2016.	ELABORAR, ADOPTAR Y SOCIALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD DE DESPLAZADOS, A LAS COMUNIDADES AFRO DESCENDIENTES Y ATENCIÓN A LAS COMUNIDADES INDÍGENAS	EXPEDIR ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ADOPTAN LOS PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD DE DESPLAZADOS, A LAS COMUNIDADES AFRO DESCENDIENTES Y ATENCIÓN A LAS COMUNIDADES INDÍGENAS	NO. DE DOCUMENTOS ELABORADOS Y SOCIALIZADOS/ EL TOTAL DE LOS DOCUMENTOS PROGRAMADOSX100	100	JJUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MÉDICO Y CALIDAD Y LUIS ANTONIO SANCHEZ ROMANO COORDINADOR URGENCIAS.	03/12/2018	31/12/2018

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 40: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO SE EVIDENCIA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, NI SOCIALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, PARA LA VIGENCIA 2016, NO SE OBSERVA LA ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA LA VIGENCIA 2017 Y OCASIONANDO FALENCIAS EN LA CALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y ACCESIBILIDAD DEL SERVICIO ESTE GRUPO POBLACIONAL. HALLAZGO DE NO CONFORMIDAD POR LA FALTA DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS QUE AFECTA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE, LA LEY 1346 DE 2009, SENTENCIA C-293 DEL 22 DE ABRIL DE 2010. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	ELABORAR, ADOPTAR Y SOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	EXPEDIR ACTO ADMINISTRATIVO MEDIANTE EL CUAL SE ADOPTA EL PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, PARA LAS VIGENCIAS 2018 Y 2019 Y ASI SUCESIVAMENTE	NO. DE DOCUMENTOS ELABORADOS Y SOCIALIZADOS / EL TOTAL DE LOS DOCUMENTOS PROGRAMADOSX100	100	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR MÉDICO Y CALIDAD Y LUIS ANTONIO SANCHEZ ROMANO COORDINADOR URGENCIAS.	03/12/2018	31/12/2018
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 41: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NO SE EVIDENCIA LA DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, NI SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA DE DESNUTRICIÓN, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE EL ARTÍCULO 44 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	EVIDENCIAR MEDIANTE SOPORTES LA DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA GUIA DE DESNUTRICIÓN DE LA ENTIDAD.	RECOPIRAR EN CARPETA, LOS SOPORTES DE LA DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA GUIA DE DESNUTRICIÓN DE LA ENTIDAD.	EVIDENCIAR LA CARPETA CON LA GUIA DE DESNUTRICIÓN Y LOS SOPORTES DE SU IMPLEMENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	CARPETA CON LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE..	LUISA FERNANDA TRIANA GUZMAN ENFERMERA. MONICA VILLAQUIRÁN - NUTRICIONISTA. -	03/12/2018	31/01/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 42: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. NO SE EVIDENCIA SOPORTE DOCUMENTAL DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, ACTUALIZADO, PARA LAS VIGENCIAS AUDITADAS, NO SE ENCUENTRA IMPLEMENTADO Y SOCIALIZADO CON EL PERSONAL, NO GARANTIZANDO ASÍ LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 6, DEL DECRETO 351 DE 2014 Y EL NUMERAL 7.2.5.1 RESOLUCIÓN 1164 DE 2002 DEL MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	ACTUALIZAR EL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	DE ACUERDO A LOS PROCESOS ACTUALES DE LA ENTIDAD, ACTUALIZAR EL PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS CON COBERTURA PARA TODAS LAS UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD Y ÁREAS ADMINISTRATIVAS.	EVIDENCIAR LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ACTUALES DE LA ENTIDAD	DOCUMENTO ACTUALIZADO Y APROBADO.	TERESA QUINTERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	30/06/2019
		CAPACITAR Y SOCIALIZAR SEGÚN CRONOGRAMAS AL PERSONAL EN CADA UNA DE LAS UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES DE ACUERDO AL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS ACTUALIZADO.	NO. DE ACTAS DE CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES CON FIRMAS DE PLANILLAS DE ASISTENCIA CON COBERTURA EN UNIDADES INTERMEDEIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD	NO. DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS HOSPILARIOS DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS FUNCIONALES DE LA USI ESE / TOTAL DE FUNCIONARIOS PROGRAMADOS A CAPACITAR EN EL PERIODO * 100	100		03/12/2018	30/06/2019

ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 43: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PARA LA VIGENCIA EVALUADA, NO GARANTIZA LA PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES RESPONSABLES DEL ASEO DE LAS INSTALACIONES, AL NO TENER LA DISPONIBILIDAD DE EQUIPO COMPLETO DE PROTECCIÓN PERSONAL, LO QUE PRESUME INCUMPLIMIENTO A LAS NORMAS VIGENTES DADAS EN EL NUMERAL 7.2.9.1 DE LA RESOLUCIÓN 1164 DE 2002 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE, Y EN LOS ARTÍCULOS 122, 123 Y 124, "SALUD OCUPACIONAL" DE LA LEY 9 DE 1979.	VERIFICAR QUE SE GARANTICE LA PROTECCIÓN EN SALUD A LOS TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES RESPONSABLES DEL ASEO DE LAS INSTALACIONES, DOTÁNDOLOS DE LOS EQUIPOS COMPLETOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS	VERIFICAR QUE EL CONTRATISTA RESPONSABLE DEL PROCESO DE ASEO DE LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD, CUMPLA CON LA ENTREGA DE LA DOTACIÓN DE LOS EQUIPOS COMPLETOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE ESTOS TRABAJADORES.	No. DE TRABAJADORES RESPONSABLES DEL ASEO DE LAS INSTALACIONES DE LA ENTIDAD QUE DISPONEN DE LA DOTACIÓN DE EQUIPOS DE DOTACIÓN COMPLETA PARA SU PROTECCIÓN PERSONAL / NO. TOTAL DE TRABAJADORES CONTRATADOS POR LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PROCESO DE ASEO DE LA ENTIDAD.	100	TERESA QUINTERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 44: EN LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, LA NEVERA DONDE SE DEPOSITAN LOS RESIDUOS ANATOMOPATOLÓGICOS SE ENCUENTRA UBICADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, EL ALMACENAMIENTO TEMPORAL Y CENTRAL NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA, SE EVIDENCIAN GUARDIANES SIN SOPORTE, Y SIN MARCAR, CANECAS DESTAPADAS EN ALGUNOS SERVICIOS, ALMACENAMIENTO TEMPORAL SIN BOLSAS, ADEMÁS DE NO COINCIDIR CON EL COLOR DE LA BOLSA, MALA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS. PRESENTANDO PRESUNTO INCUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 6 CAPÍTULO III DEL DECRETO 351, NUMERAL 2.3.2.1, INFRAESTRUCTURA DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, NUMERAL 7.2.6.1 DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES EN COLOMBIA MPGIRH DE LA RESOLUCIÓN 1164 DEL 2002 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	SUPERVISAR PERIODICAMENTE EN LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS FUNCIONALES, PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN INTERNA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.	REALIZAR CRONOGRAMAS DE PROGRAMACION DE SUPERVISIONES PERIÓDICAS A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS FUNCIONALES DE LA ENTIDAD, PRESENTADO LOS INFORMES DE GESTION INTERNA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.	No, SUPERVISIONES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN INTERNA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS / No. TOTAL DE SUPERVISIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO * 100	100	TERESA QUINTERO VALENCIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO APOYO HOSPITALARIO	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 45: DURANTE LA VISITA DE AUDITORÍA A LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO SE EVIDENCIA MANTENIMIENTO Y LAVADO DE TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA, SU LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. ADEMÁS, NO SE EVIDENCIA ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 2 Y ARTÍCULO 5 DE LA RESOLUCIÓN 2115 DE 2007, ARTÍCULO 3, NUMERAL 2 DEL ARTÍCULO 9 DEL DECRETO 1575 DE 2007. ARTÍCULO 33 DE LA RESOLUCIÓN 4445 DE 1996 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	CONTINAR REALIZANDO SEGUÍN CRONOGRAMAS EL LAVADO DE LOS TANQUES Y ANÁLISIS FÍSICOQUÍMICO Y MICROBIOLÓGICO DEL AGUA EN CADA UNA DE LAS UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD	DE ACUERDO A CRONOGRAMA REALIZAR LOS MANTENIMIENTO Y LAVADO DE TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE AGUA, SU LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, CON SU CORRESPONDIENTE ANÁLISIS FÍSICO QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO	No. DE TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA CON EVIDENCIAS DE MANTENIMIENTO Y ANÁLISIS FÍSICO QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO DEL AGUA / TOTAL DE TANQUE EXISTENTES EN UNIDADES INTERMEDIAS, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.	100	ING. PIEDAD MEJIA- INTERVENTORA CONTRATO MANTENIMIENTO	03/12/2018	31/12/2019
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 46: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO CUMPLE CON LA SOCIALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO, INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN EL ESTÁNDAR DE TODOS LOS SERVICIOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014	EVIDENCIAR MEDIANTE SOPORTES LA CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO Y DE LOS REPORTES DE	RECOPILAR EN CARPETA LAS ACTAS CON FIRMAS DE LA CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO DE LAS VIGENCIAS 2016 Y 2017	EVIDENCIAR LA CARPETA CON LAS ACTAS DEBIDAMENTE FIRMADAS DE LAS CAPACITACIONES Y SOCIALIZACIONES DE LOS	CARPETA DOCUMENTADA DE LOS CORRESPONDIENTES ACTAS	ELSA P. RODRIGUEZ GÓNGORA - BACTERIÓLOGA	03/12/2018	31/01/2019

	DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTÍCULO 33 DE LA RESOLUCIÓN 4445 DE 1996 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	CONTROL DE TEMPERATURA DE LOS TERMÓMETROS DE LAS NEVERAS DE LABORATORIO CLÍNICO		PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO					
			RECOPILAR PRMANENTEMENTE EN CARPETA LOS REPORTES DE CONTROL DE TEMPERTATURA DE LOS TERMÓMETROS DE LAS NEVERAS DE LABORATORIO CLÍNICO.	EVIDENCIAR LA CARPETAS CON LOS REPORTES DEL CONTROL DE TEMPERATIRA DE LOS TERMÓMETROS DE LAS NEVERAS DE LABORATORIO CLÍNICO	CARPETA DOCUMENTADA CON LOS CORRESPONDIENTES SOPORTES	BÁCTERIOLOGAS DELA UNIDADES INTERMEDIAS	03/12/2018	31/12/2019	
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 47: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NO CUMPLE CON LO DESCRITO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EN LOS QUE RESPECTA AL SERVICIO DE APOYO DE ALIMENTACIÓN, EL TRANSPORTE DE ALIMENTOS ENTRE SEDES, NO ES EL ADECUADO, POR NO CONSERVAR LA RED DE FRIO O CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS. INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. ARTÍCULO 33 DE LA RESOLUCIÓN 4445 DE 1996 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.	CUMPLIR LOS ESTANDARES PARA EL TRANSPORTE DE ALIMENTOS EN EL MANTENIMIENTO DE LA CADENA DE FRIO Y/O CALOR	SOLICITAR AL CONTRATISTA ENCARGADO DEL TRANSPORTE DE ALIMENTOS LA COMPRA DE RECIPIENTES PARA GARANTIZAR EL MANTENIMIENTO DE LA CADENA DE FRIO Y/O CALOR, MONITOREANDO SU CUMPLIMIENTO	NO. DE INSPECCIONES REALIZADAS AL TRANSPORTE DE ALIMENTOS CON CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE LA CADENA DE FRIO Y/O CALOR / NO DE INSPECCIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS * 100	100	MONICA R. VILLAQUIRAN CASTRO - NUTRICIONISTA	02/12/2018	31/12/2019	
ASISTENCIAL	HALLAZGO NO. 48: LA UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, NO CUENTA CON EL PROCESO DOCUMENTADO, SU SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN, NO CUENTA CON INFORME DE AUTORIZACIONES CON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE NEGACIÓN O DEMORAS EN LOS SERVICIOS. HALLAZGO DE NO CONFORMIDAD POR LA FALTA DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS QUE AFECTA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA. INCUMPLIENDO PRESUNTAMENTE, LO ESTIPULADO POR LA RESOLUCIÓN 3047 DEL 2008 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTICULO 9 DE LA RESOLUCIÓN 4331 DEL 2012 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ARTICULO 14 DE LA LEY 1751 DE 2015.	ELABORAR, ADOPTAR, SOCIALIZAR E IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO PARA LAS AUTORIZACIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	ADOPTAR EL PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALIZARLO E IMPLEMENTARLO,	EVIDENCIAR LA ADOPCIÓN, SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ENTIDAD.	DOCUMENTO ADOPTADO, SOCIALIZADO E IMPLEMENTADO	JUAN CARLOS ZAMBRANO VILLANUEVA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO COORDINADOR>MÉDICO Y CALIDAD Y, LUIS ANTONIO SANCHEZ ROMANO COORDINADOR URGENCIAS	02/12/2018	31/12/2019	
		ELABORAR INFORMES MENSUALES DE AUTORIZACIONES QUE REPORTE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE NEGACIÓN O DEMORAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	DE CONFORMIDAD A LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ELABORAR INFORME RESALTANDO LAS CAUSAS DE NEGACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DEMORAS PRESENTADAS RELACIONADAS CON LAS AUTORIZACIONES.	No. DE INFORMES MENSUALES DE LA GESTIÓN DE AUTORIZACIONES PRESENTADOS EN EL PERIODO / No. DE MESES DEL PERIODO + 100	100		02/12/2018	31/12/2019	

- Del anterior Plan de mejoramiento se puede observar que la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, reportó 48 Hallazgos En la Auditoría realizada la E.S.E. Unidad de Salud de Ibagué, se sugiere incluir las oportunidades de Mejora en la concertación de objetivos año 2019.

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA MUNICIPAL IBAGUE					CODIGO	150.01.P02.F06	Fecha Emisión	29/06/2018
					VERSION	05	Página	de
ENT IDA D:	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE U.S.I. - E.S.E				REPRESENTANTE	LEGAL: ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY		
PERIODO DE EJECUCION: DEL 03 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018.				VIGENCIA	EVALUADA: 2017	MODALIDAD DE	AUDITORIA :	AUDITORIA REGULAR
FECHA DE SUSCRIPCION : JUNIO 29 DE 2018								
No. HAL LAZ GO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA DE EJECUCION	METAS CUANTIFICABLES	INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA	
1	Hallazgo No. 1. Factor Contratación. Debilidad en la elaboración de análisis de sector económico, que garantice la selección objetiva. Revisados los expedientes de los contratos número 0199, 0145, 0266, 0261, 0144 suscritos por el Hospital San Francisco, 025, 033, 526, 307 y 071 suscritos por la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E., se evidencia debilidad en la estructuración del análisis del sector económico, dado que no se determina claramente los fundamentos comerciales, técnicos, financieros, utilizados por la entidad para determinar el presupuesto base de cada contrato; así las cosas se observa desconocimiento e inaplicabilidad de los procedimientos normativos expedidos por el gobierno Nacional, para la eficiente elaboración de análisis del sector económico al interior de la contratación de la entidad.	Realizar dentro de los estudios previos, un análisis del sector económico de acuerdo al objeto a contratar, que determine los fundamentos comerciales, técnicos y financieros utilizados por la entidad para establecer el presupuesto base de cada contrato.	Área o dependencia ejecutora	29/06 a 31/12/2018	100%	No. de estudios del sector económico en cada uno de los contratos proyectados de acuerdo a su objeto / Total de contratos suscritos en el mismo período*100.	De conformidad al Estatuto y Manual de contratación vigente de la Entidad se elaboró y se codificó los procedimientos para determinar los fundamentos, comerciales, técnicos y financieros, básicos para determinar los presupuestos bases de acuerdo a las modalidades de contratación que rigen para la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE.	
2	Hallazgo No. 2. Factor Contratación. Deficiencias en la elaboración de estudios previos con direccionamiento de marcas específicas. Se evidencia un presunto direccionamiento de la oferta contractual, toda vez que la Unidad de Salud de Ibagué E.S.E., dentro del punto 5o. del estudio previo se refiere a la adquisición de marcas específicas. Si bien no es cierto la Ley no prohíbe la exigencia de marcas para los bienes y servicios objeto de un proceso de contratación, a la luz de los principios rectores de contratación permitir la demanda de marcas en adquisición de bienes o servicios por parte de las empresas del estado, sería contrario a los mismos. Así las cosas el grupo auditor observa que existe una inaplicación de los criterios de selección, por cuanto los estudios previos contienen la exigencia de marcas que pueden determinar desigualdad y falta de una selección objetiva en el momento de contratar	Definir y describir los requerimientos, características y especificaciones técnicas que enmarcan la calidad de los productos, los insumos, dispositivos y materiales entre otros, en los estudios previos y análisis de conveniencia que realice la entidad, en la etapa de planeación de la contratación.	Área o dependencia ejecutora	29/06 a 31/12/2018	100%	No. de estudios previos y análisis de conveniencia en donde se definan y describan técnicamente los requerimientos, características y especificaciones que enmarcan la calidad de los productos, los insumos, dispositivos y materiales entre otros, que realice la entidad / Total de contrato suscritos en el mismo período*100.	En el proceso de adquisición de insumos de odontología se suplió en el estudio de análisis previos y análisis de conveniencia los requerimientos, características y especificaciones técnicas que enmarcan la calidad de los productos, los insumos, dispositivos y materiales entre otros, requeridos en la etapa de planeación de la contratación. Según oficio de 29 de Junio de 2018, los odontólogos de la entidad, solicitan que en la adquisición de los diferentes materiales e insumos odontológicos, sean de excelente calidad, de marcas reconocidas en el mercado que les garanticen la efectividad de los tratamientos en los usuarios, para garantizar una total satisfacción al usuario, para no incurrir en doble gasto y así no aumentar el número de retratamientos en el servicio de odontología.	

3	Hallazgo No. 3. Factor Contratación. Deficiencias en la calificación de propuestas por parte del comité evaluador. Revisado el expediente del negocio jurídico 073 suscrito entre la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E., y Paola Andrea García Colorado por valor de \$150.000.000, cuyo objeto es "Contratar el servicio de suministro y despacho de medicamentos de manejo ambulatorio en general, y actividades de promoción y prevención, de acuerdo con los contratos de prestación de servicios de salud vigentes, suscritos entre la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE, y los aseguradores, de todos los medicamentos contenidos en la resolución 6408 de 2016", el grupo auditor evidencia que presuntamente el comité evaluador incurrió en error al calificar las propuestas, dado que ninguno de los dos proponentes cumplía con los requisitos, esta aseveración fundamentada en la verificación de la nota número 2 del numeral 10.4.10 de los estudios previos (experiencia específica, factor habilitador de la oferta), sin embargo se avaló y se recomendó a la gerencia, la suscripción del contrato con el oferente Distribuidora Médico Quirúrgica, que si bien posee la experiencia necesaria, no cumple cabalmente con los requerimientos establecidos en los estudios previos. Así las cosas, el equipo auditor observa debilidad en la calificación de propuestas por parte del comité evaluador de las mismas.	Exigir <i>mediante oficio</i> , al Comité Evaluador de compras de la USI ESE, realice la evaluación y análisis pormenorizado de cada uno de los requisitos exigidos en los estudios previos y/o pliego de condiciones, indicando detalladamente porque se cumplen y porque no se cumplen.	Gerencia Comité Evaluador de Compras USI ESE.	29/06 a 31/12/2018	100%	Número de actas del comité de compras donde se evalúan específicamente los requisitos exigidos en los estudios previos en el periodo / total de actas suscritas en el periodo *100	Mediante oficio de fecha Octubre 31 de 2018. la asesora de apoyo a la gestión, comunica a los miembros del COMITÉ EVALUADOR ASESOR DE COMPRAS Y SERVICIOS, el cumplimiento de la acción correctiva programada en el plan de mejoramiento para dar respuesta a los hallazgos formulados en la auditoría integral realizada a la USI ese, solicitando se realice por parte del comité la evaluación y análisis pormenorizado de cada uno de los requisitos exigidos en los estudios previos y/o pliego de condiciones, indicando detalladamente porque se cumplen y porque no se cumplen y evidenciar los resultados en las respectivas actas del comité. Se adjunta oficio con firmas de recibo.
4	Hallazgo No. 4. Factor Contratación. Deficiencias en el proceso de planeación, conllevando al presunto fraccionamiento de actividades contractuales. En virtud de la revisión efectuada por parte del grupo auditor a los contratos Nos. 098, 201, 210 y 211 del 2017, suscritos por el Hospital San Francisco con la Cooperativa COOSERVIR CTA., se encontró que durante el primer semestre de 2017, se suscribió 4 contratos, cuya sumatoria asciende al valor de \$410.716.380.00, con el mismo objeto similar. Así las cosas el equipo auditor. Evidencia debilidad en la fase de planeación, ya que el hospital no proyectó adecuadamente la necesidad del servicio de vigilancia, lo que refleja que presuntamente se fraccionaron dichas actividades.	Realizar reuniones del comité de planeación cada dos (2) meses para <i>hacer seguimiento al Plan Anual de adquisiciones y aprobar las necesidades de funcionamiento que se requieran contratar</i> , de acuerdo a las disponibilidades presupuestales existentes	Comité de Planeación de la entidad y líderes de los procesos	29/06 a 31/12/2018	Verificar la realización de las reuniones programadas	Actas de Comité de Planeación donde se verifique <i>el seguimiento al Plan Anual de Compras y las recomendaciones sobre la ejecución de necesidades</i> de la Contratación de la entidad en el período propuesto.	se realizaron reuniones para el seguimiento al plan anual de adquisiciones vigencia 2018 y autorizar las necesidades de funcionamiento que se requieran contratar de acuerdo a las disponibilidades, se anexan las actas de comité de Planeación de fecha Mayo 31 de 2018, en la cual se autorizan ajustes al presupuesto de ingresos y gastos, derivados del aumento de la UPC y el retroactivo de la cápita de las EPS subsidiadas, recursos con las cuales se hace la planeación de la contratación para el segundo semestre de 2018 y el acta de fecha Julio 30 de 2019, en la cual se le hace seguimiento al plan de adquisiciones de la entidad vigencia 2018 y se planea la contratación para los meses de Agosto a Septiembre de 2018.
5	Hallazgo No 5. Factor Contractual. Contratación Antieconómica Ineficiente e Ineficaz, originadas por fallas en la planeación. En revisión efectuada al negocio jurídico número 216 de 2017 suscrito entre la Empresa Sistemas y Asesorías de Colombia - SYAC y el Hospital San Francisco ESE de Ibagué, para proveer la actualización y mantenimiento y el soporte al sistema de información Dinámica Gerencial, se observó que este no era actualizado hace dos años, lo que deja entrever que su operación podía seguirse dando por lo menos hasta que se decidiera la fusión de las dos entidades, sin tener que recurrir al costo de dicha actualización. así las cosas el equipo auditor evidencia debilidades que generan ineficacia en lo adecuado del procedimiento de supervisión al interior de la contratación de la entidad.	Gestionar los recursos necesarios para la unificación del software DIANAMICA GERENCIAL en toda la institución. Exigir al Contratista del software DIANAMICA GERENCIAL, una vez suscrito contrato los cronogramas y procedimientos que se deben adelantar para la alimentación paulatina del software en cada uno de los puntos de atención de la USI-ESE.	Secretaria de Salud Municipal, Unidad de Salud de Ibagué y la Empresa Sistemas y Asesorías de Colombia - SYAC.	29/06 a 31/12/2018	Implementación del 20% del Software Dinámica gerencial en todas las dependencias funcionales de la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE.	No. De unidades intermedias, centros de salud y sede administrativa de la USI ESE con software de Dinámica Gerencial implementado /Total de sedes funcionales de la USI ESE * 100	Se suscribió el Contrato 313 de Julio 23 de 2018. Con Sistemas y asesorías de Colombia S.A. con el objeto de proveer la actualización, el mantenimiento y el soporte, al sistema de información DINAMICA GERENCIAL, de manera remota o a distancia en la versión NET WEB SERVICES en los módulos de: Contratos, admisiones, facturación, citas médicas, historias clínicas, inventarios, presupuestos oficiales, contabilidad - NIIF, tesorería, promoción y prevención, costos hospitalarios, activos fijos, registro y correspondencia, cartera. Nómina, quejas y reclamos, pagos y gestión gerencial, avanzando en la parametrización en un 90% de estos módulos. En complementación se encuentra en trámite las gestiones de mejora en estructura referente a la adquisición de equipos y el servidor para mejorar la infraestructura del área el cual es requerido para la implementación integral del software asistencial y administrativo.
6	Hallazgo No 6. Factor Contractual. Debilidad en la planeación y formulación de adicionales sobrepasando la base para la contratación directa. En revisión efectuada al contrato No. 087 suscrito con el Ing. William German Morales Rojas, para la infraestructura en edificaciones se suscribieron adiciones que al sumarse al valor inicial, da como resultado un valor que excede el proceso de selección de menor cuantía, por lo cual la entidad debió haber recurrido al proceso de invitación pública. Así las cosas el equipo auditor evidencia debilidad en la fase de planeación, ya que la entidad no proyectó adecuadamente la necesidad del servicio de mantenimiento de obra civil, lo que refleja que presuntamente se fraccionaron dichas actividades.	Ajustar el proceso de adiciones contractuales a los Estatutos y Manual de Contratación de la entidad, <i>expidiendo circular mediante la cual se indique claramente a los Contratistas y Supervisores sobre, las condiciones para concederla y requerimientos de legalización de la respectiva adición contractual.</i>	Contratación, Asesor Jurídico y Supervisor del respectivo contrato	29/06 a 31/12/2018	100% de las adiciones ajustadas a la normatividad de la entidad	No. de adiciones que cumplen con la norma de la entidad / Total de adiciones realizadas en el periodo. * 100	Se elaboró y entregó la Circular de Gerencia de fecha Octubre 2 de 2018, dirigida a los contratistas, supervisores de contratos y responsables de los procesos administrativos y asistenciales, impartiendo las directrices para la suscripción de adiciones presupuestales, recordando el contenido del artículo vigésimo sexto del manual de contratación adoptado por Resolución 228 de Junio 6 de 2014 relacionado con la adición a los contratos y los procedimientos para realizar las mismas. Como evidencia se adjunta circular de gerencia con la planilla de recibo por parte de los supervisores y responsables de procesos administrativos y asistenciales.



7	Hallazgo No 7. Factor Contractual. Debilidad en la aprobación de pólizas de garantías únicas. Revisado el negocio jurídico No. 253 suscrito con Heliscan SAS, se observa que el contrato, se inició el 7 de julio de 2017 y su correspondiente póliza de garantías tienen fecha de pago del 31 de Julio de 2017, lo que deja entrever que se perfeccionó el negocio jurídico sin el lleno de los requisitos exigidos dentro del clausulado del mismo. Lo mismo se observó en los contratos 197 y 456. Así las cosas el grupo auditor observa debilidades y falta de controles en el área de contratación, en lo referente a los requisitos para el perfeccionamiento de los contratos, específicamente en la aprobación de pólizas de garantías.	Notificar al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de los requisitos para el perfeccionamiento del mismo y solicitud suscripción del acta de inicio del contrato.	Técnico operativo de contratación y supervisores de contratos.	29/06 a 31/12/2018	100% de pólizas suscritas debidamente perfeccionadas	No. De contratos con pólizas debidamente suscritas con fecha mínima al de su inicio / Total de contratos suscritos en el periodo * 100	Se presenta memorando de comunicación de control interno No. 156 de 2017, firmado por la gerente, el cual fue enviado vía por correo electrónico a los supervisores e interventores de contratos, con el fin de comunicarles las funciones, responsabilidades y facultades que asumen en su desempeño como supervisores, en el cual se especifican: 1. dieciséis (16) funciones relacionadas con la suscripción, acta de inicio, ejecución y liquidación de los contratos; 2. Responsabilidades de los supervisores y/o interventores de los contratos y 3. Facultades del supervisor y/o interventor de contratos. Se anexa el me y constancia de envío al correo electrónico de los supervisores.
8	Hallazgo No 8. Factor Rendición de la Cuenta. Inconsistencias en la calidad de la información reportada en los formatos F1, FS, F6, F7. Una vez revisados cada uno de los formatos rendidos el SIREC por las ESES, se evidencian inconsistencias en cuanto a la calidad de los citados formatos, al comparar la información en libros de contabilidad y cotejarla frente a la información suministrada por el área de almacén, se evidenciaron diferencias significativas, lo que permite inferir que no existe homogeneidad en lo que tiene que ver con la información que produce la entidad. Así las cosas se observa por parte del equipo auditor deficiencias en la consistencia de la información reflejadas en los estados contables.	Unificar la información de la entidad, en un sólo software y establecer un procedimiento en donde se incluya: 1.- Verificar los saldos de almacén con contabilidad.- 2.- Realizar las respectivas conciliación y ajustes. 3.- Elaborar informes de acuerdo a saldos conciliados y ajustados	Profesional Especializada Financiera y Contable. Profesional Universitario Almacén. Técnico Contabilidad y Almacén. Auxiliares Administrativos Contabilidad y Almacén.	29/06 a 31/12/2018	100%	Saldos iguales en las dos áreas	Se suscribió el Contrato 313 de Julio 23 de 2018. Con Sistemas y asesorías de Colombia S.A. con el objeto de proveer la actualización, el mantenimiento y el soporte, al sistema de información DINÁMICA GERENCIAL, de manera remota o a distancia en la versión NET WEB SERVICES en los módulos de contratos, admisiones, facturación, citas médicas, historias clínicas, inventarios, presupuestos oficiales, contabilidad, NIFF, tesorería, promoción, y prevención, costos hospitalarios, activos fijos, activos fijos, registro y correspondencia, cartera, nómina, quejas y reclamos, pagos y gestión gerencial, gestión la cual permitirá unificar y conciliar la información de la ESE, en un solo software.
9	Hallazgo No 9. Factor de Legalidad. Contratos publicados en el SECOP de manera extemporánea. y/o sin el total de los documentos del proceso. Una vez revisado el portal único de contratación del SECOP, se evidenció por parte del grupo auditor que las ESES, publicaron de manera extemporánea e incompleta lo referente a la documentación tanto en la etapa precontractual como en la contractual de la mayoría de los contratos evaluados. En virtud de lo anterior se evidencia una incorrecta aplicación en las normas y principios generales de contratación, que regulan aspectos de administrativos de trámite y desarrollo contractual, haciendo caso omiso al principio de publicidad y transparencia que debe estar presentes en los procesos contractuales desarrollados por la entidad.	Elaborar instructivo donde consten las <i>disposiciones legales</i> , el cronograma detallando los documentos del proceso de contratación y, el plazo respectivos fijados para ser publicados en el SECOP.	Contratación	29/06 a 31/12/2018	100%	Total de contratos publicados completa y oportunamente en el SECOP, en el periodo /Total de contratos suscritos en el periodo. *100	Se adjunta Resolución No. 536 de Noviembre 23 de 2018, por la cual se adiciona la Resolución 228 de 2014, estableciendo los documentos que se deben publicar EN el SECOP de acuerdo a lo establecido por la norma y oficio del diciembre 12 de 2018, emanado de la gerencia, donde informa la expedición del mencionado acto.
10	Hallazgo No 10. Factor de Legalidad. Debilidad en la contratación del profesional encargado de la oficina de control interno de la entidad. Se encontró que la contratación de las actividades de control interno de las ESES evaluadas, se suscribieron por contratos de prestación de servicios profesionales, en la modalidad de contratación directa, observándose una mala práctica en el momento de la contratación por parte de las dos entidades, debido a que para la verificación y evaluación permanente del control interno, debe ser un funcionario adscrito a la planta de personal en un cargo de libre nombramiento y remoción por un periodo de cuatro años. Así las cosas el grupo auditor observa que existió una inaplicabilidad de la normatividad al respecto.	Proveer el empleo de ASESOR- CONTROL INTERNO- y/o contratar el profesional para dicho cargo. Ajustar asignación salarial al empleo de ASESOR- CONTROL INTERNO- .	Gerencia, Junta Directiva y Alcalde Municipal.	29/06 a 31/12/2018	Cargo de Asesor - Control Interno- debidamente provisto y posesionado.	Nominal: Decreto de Nombramiento y acta de posesión.	El Alcalde Municipal de Ibagué, Mediante Decreto 1000-1179 de Diciembre 29 de 2017, designó a la Dra., CLEMENCIA BETANCOURT SALAZAR, para desempeñar el cargo de Asesor de control Interno de la USI ESE, la cual se posesionó por Acta No. 13628 de Diciembre 29 DE 2017 y procedió a presentar renuncia irrevocable, la cual fue aceptada por Decreto No. 1000-0063 de enero 30 de 2018. Nuevamente por Decreto No. 1000-0809 se designa a la Dra. MARGARITA MARIA MESA SALAMANCA, como Asesor de control Interno de la USI ESE a partir del 17 de Septiembre 2018., la cual no tomo posesión del cargo. Finalmente se adjunta Decreto No. 1000-1105 de Diciembre 31 de 2018 por la cual se designa el Asesor de Control Interno a partir del 1o. De Enero de 2019 a la Dra. OLGA ESPERANZA GONZALEZ CUELLAR, quien procedió tomar posesión del cargo y asumir sus funciones en la USI ESE, A partir del 1o. de enero de 2019. Continúa pendiente ajustar la asignación salarial al empleo de ASESOR DE CONTROL INTERNO.

11	<p>Hallazgo No 11. Factor de Legalidad. Debilidad en la revisión del lleno de los requisitos para la formalización y el pago de contratos por la no exigencia de estampillas pro anciano y Pro cultura. Revisada la muestra de contratos para la vigencia 2017, se evidencia la no adhesión de estampillas pro anciano y pro cultura a cada uno de los negocios jurídicos suscritos por la USI ESE, durante la citada vigencia, solicitando alcance para revisar los contratos en las vigencias 2014, 2015 y 2016, en los cuales tampoco se realizó el cobro del citado gravamen, evidenciando fallas en la revisión de los requisitos legales para la formalización de los contratos como también fallas en la supervisión en lo que tiene que ver con la certificación expedida para el pago a favor de contratistas que no cumplieron los requisitos de ley para la formalización de los respectivos contratos. Así las cosas se evidencia inobservancia por parte de la entidad a lo establecido en el articulado del Acuerdo Municipal 029 y 030 del 27 de diciembre de 2011, emitidos por el concejo Municipal de Ibagué, concordante con los conceptos emitidos por el Ministerio de Salud y por la auditoría General de la República.</p>	<p>Establecer procedimiento relacionado con la reglamentación de las estampillas Pro Cultura y Pro bienestar del Adulto Mayor, en los términos de los Acuerdos Municipales 029 y 030 del 27 de diciembre de 2011.</p>	<p>Contratación.</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>100% de los contratos suscritos obligados que cumplan con el pago de estampillas.</p>	<p>No. de contratos que cumplen con el pago de estampillas Pro cultura y Pro Bienestar Adulto Mayor/ Total de los contratos suscritos y obligados al pago de este tributo.*100</p>	<p>Se gestionó Circular de gerencia No. 008 de Junio 26 de 2018, dirigido a la oficina de contratación y contratistas, relacionando las directrices para el pago y adhesión de estampillas de Pro cultura y del Bienestar del anciano por parte de contratistas.</p>
12	<p>Hallazgo No 12. Factor de Legalidad. Debilidad en el proceso de Gestión Documental. Una vez revisado el proceso de gestión documental de la USI ESE, en lo que tiene que ver con la ubicación, las estructuras, la capacidad de almacenamiento, la distribución, las condiciones ambientales y el mantenimiento al interior del depósito de archivo, se evidenció al interior del depósito que en las paredes existen humedades que colocan en riesgo de deterioro cada una de los tipos documentales existentes y en cuanto a la capacidad y almacenamiento no se observan los elementos necesarios que permitan controlar la temperatura y la humedad del depósito y se observa que las cajas de conservación y los expedientes se encuentran llenos de polvo. Aunado a lo anterior y al respecto de los procedimientos de conservación, ordenación y organización documental se observa la existencia de un Programa de Gestión documental, pero no se evidencia su socialización a cada una de las dependencias productoras de tipología documental, y los archivos de gestión no cuentan con un inventario documental para el control de la documentación producida por cada dependencia. No se observó convalidación y aprobación de las tablas de retención documental por el comité Departamental de archivo y se evidencia que la información no es digitalizada en su totalidad, tampoco se observa una adecuada identificación de los expedientes documentales y de las respectivas cajas de conservación, las cuales no se encuentran rotuladas en su totalidad, además de existir procedimientos erróneos al interior de la foliación y se evidencia no aplicación del plan metodológico para las transferencias documentales y la desactualización del inventario documental en el depósito de archivo. Así las cosas el grupo auditor evidencia inobservancia al respecto de normatividad que rige la gestión documental.</p>	<p>Programar la ejecución de las siguientes actividades para mejorar la gestión documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar mantenimiento locativo al área de archivo para el control de humedades y establecer control a las condiciones ambientales mediante instrumentos que permitan controlar las condiciones adecuadas de temperatura y humedad del depósito y el aseo periódico del mismo, de los expedientes y cajas de archivo.</li> <li>2. Socializar el programa de gestión documental con cada una de las dependencias productoras de tipología documental.</li> <li>3. Controlar los archivos de gestión, exigiendo un inventario documental permanente de la documentación producida por cada dependencia.</li> <li>4. Solicitar la convalidación y aprobación de las tablas de retención documental al Comité Departamental de Archivo.</li> <li>5. Realizar una adecuada identificación y foliación de los expedientes documentales y de sus respectivas cajas de conservación, digitalizando en su totalidad la información.</li> <li>6. Implementar el plan metodológico para las transferencias documentales, actualizando el inventario documental en el depósito de archivo.</li> </ol>	<p>Gerencia- Área de talento humano y de gestión documental</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>10% de avance del plan</p>	<p>No. de actividades ejecutadas / No. de actividades programadas *100</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se envió oficio de mayo 31 de 2018 con radicado 051842 con registro fotográfico, solicitando el mantenimiento de las condiciones de infraestructura y ambientales, solicitando elementos para control de temperaturas y de las condiciones de aseo de depósitos, expedientes y cajas de archivo de según el acuerdo 049 de 2002 de AGN, y de acuerdo a las objeciones realizadas por la CMI.</li> <li>2. Se realizó capacitación y socialización del PGD de la USI ESE el cual fue aprobado 356 de septiembre 28 de 2017 de acuerdo a planilla de asistencia de 5 de diciembre de 2018 y de organización de los archivos de gestión documental con los funcionarios de acuerdo a planillas de asistencia de fechas 10, 18 y 21 de Septiembre de 2018.</li> <li>3. Se envió formato de FUID y se dio capacitación por medio del SENA para la organización de los archivos de gestión, Planillas de asistencia de fechas 10, 18 y 21 de Septiembre de 2018 y se expidieron las respectivas certificaciones.</li> <li>4. Según acta No. 004 de Diciembre 27 de 2018 y aprobada por resolución 605 de Diciembre 27 d 2018 y enviada mediante oficio de diciembre 28 de 2018 al Consejo Departamental de archivo para su convalidación.</li> <li>5. Se organizó 381 cajas del archivo de la Unidad Intermedia San Francisco relacionadas con 144 cajas historias laborales, que suman 864 expedientes con su foliación pertinente e inventario documental y los contratos del 2010 al 2017 con 205 cajas y 1240 expedientes, con su foliación pertinente e inventario documental. Comprobantes de egreso año 2009 con 32 cajas con 192 expedientes con su foliación pertinente e inventario documental.</li> <li>6. Se encuentra elaborado el plan metodológico para las transferencias documentales, el cual hace parte del Plan institucional de Archivo PINAR, pendiente de ajuste e implementación..</li> </ol>

13	Hallazgo No 13. Factor de Legalidad. Debilidad en el manejo de la unidad de Correspondencia. Se evidencia debilidad en los controles para el manejo de la correspondencia, ya que no se observa un software o en su defecto base de datos donde se pueda verificar la trazabilidad de la documentación recibida y despachada de la entidad y no se observa que la unidad de correspondencia salvaguarde mediante el archivo de copia controlada de cada uno de los documentos oficiales despachados y no se observa en un lugar visible y de fácil acceso la publicación del horario de atención al público de la unidad de correspondencia. Así las cosas el grupo auditor evidencia debilidad en los controles aplicados al respecto de la normatividad que rige los procedimientos para el manejo de la unidad.	Establecer con apoyo del área de sistemas una base de datos electrónica para evidenciar la correspondencia recibida y despachada y la implementación de archivo de copia controlada de los documentos oficiales despachada y la publicación en lugar visible del horario de atención de la unidad de correspondencia.	Profesional Universitario - Ingeniero de Sistemas- auxiliar área de correspondencia	29/06 a 31/12/2018	100%	Nominal: Actividades establecidas y en funcionamiento.	Se suscribió el Contrato 313 de Julio 23 de 2018. Con Sistemas y asesorías de Colombia S.A. con el objeto de proveer la actualización, el mantenimiento y el soporte, al sistema de información DINÁMICA GERENCIAL, de manera remota o a distancia en la versión NET WEB SERVICES, el cual contempla dos (2) módulos uno llamado Registro y correspondencia y el otro Peticiones, quejas y reclamos, los cuales permiten controlar de manera adecuada y ordenada toda clase de documentos que se generan en la institución, tanto para la correspondencia recibida como despachada, estableciendo los responsables en cada uno de estos eventos, se espeta estos módulos se encuentren en funcionamiento a partir del 01 de Abril de 2019.
14	Hallazgo No 14. Factor de Legalidad. Desconocimiento de los procedimientos tributarios para la aplicación de IVA en los contratos de obra pública. Revisados los contratos de obra pública Nos. 054 y 087, cuyo objeto es el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y de las instalaciones de las sedes adscritas a la USI ESE, se evidencia que en los respectivos cobros efectuados por el contratista, las facturas especifican cobro de IVA. De acuerdo a lo anterior el grupo auditor observa que no se da aplicación a lo establecido en el artículo 100 de la Ley 21 de 1992, como tampoco al artículo 48 de la Constitución y a los conceptos emitidos por la DIAN.	<i>Capacitación en temas tributarios, procedimentales y demás de acuerdo con la normatividad vigente a los responsables del proceso.</i>	Gerencia, Oficina de Contratación, Supervisor del Contrato	29/06 a 31/12/2018	Los 100% del área financiera capacitados en temas tributarios.	Numero funcionarios capacitados en temas tributarios /número total de funcionarios del área financiera.*100	Se asistió a capacitación programada por la DIAN el día 19 de Noviembre de 2018 sobre retención a la fuente e información exógena por parte de los funcionarios del área de contabilidad (Profesional Especializada Área Financiera y dos (2) Auxiliares Administrativo de contabilidad y contratista de Planeación y financiera.
15	Hallazgo No 15. Factor de las TICS: Deficiencias en el criterio de seguridad. En la evaluación de las TICS, se determinó deficiencias en el criterio de seguridad, dado que no se evidencia un control efectivo que restrinja el acceso de personal no autorizado al área, tales como medio de identificación mecánico o automático, de la misma manera no se evidencian alarmas que detecten entradas no autorizadas al área del centro de cómputo. Así las cosas el equipo auditor evidencia inobservancia al cumplimiento de los términos de legalidad para la adecuada custodia y salvaguarda de la información contenida en los servidores de cómputo y demás.	Tomar las medidas de seguridad necesarias tendientes a proteger los bienes que se encuentran en el Área de Computo, como lo son: 1.- Levantamiento de muros al techo de cubículo donde se encuentra el servidor. 2.- Instalación de auto clave para el ingreso al mismo cubículo.	Gerencia y, Sistemas de Información y TICS	29/06 a 31/12/2018	Medidas de seguridad realizadas	Evidenciar la ejecución de las actividades programadas.	El director de la Agencia de Ibagué, COOISER, informa que el día 27 de Julio de 2018, instaló en las áreas de sistemas y almacén de la USI ESE, un sistema de alarma electrónica con sensores magnéticos y un sensor de movimiento, para darle seguridad a las áreas mencionadas.
16.1	Hallazgo 16.- Plan de Mejora. Hallazgo 16.1 Gestión Contractual. Debilidades en los análisis técnicos y estudios de mercado de la contratación. En todos los contratos de la muestra no se pudo establecer dentro de cada expediente contractual ni de la información publicada en el SECOP, el análisis técnico y/o estudio de mercado adelantado por la USI, que tuviese como fin determinar el precio estimado de cada contrato independiente de su objeto indicando las variables utilizadas para calcular el presupuesto, incluidos cada uno de los rubros y precios unitarios y totales de los bienes y servicios a contratar dentro de la ejecución de cada contrato con lo cual no se satisface el requisito tal como lo determinan el numeral 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, numeral 4 del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto Presidencial Número 1082 de 2015 y en el artículo 11.14 del artículo 11 Acuerdo 005 de 2014 por el cual se adopta el estatuto de contratación de la entidad y No. 3 del artículo 7 de la Resolución 228 de 2014, por la cual se adopta el Manual interno de contratación de la entidad vigente para la época de elaboración de los mismos, incurriendo en la Violación de los principio de la función administrativa y de la Gestión Fiscal de Igualdad, Economía y Publicidad contenidos en el Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, previstas en el Artículo 3 de la Ley 489 de 1998; Artículo 3 de la Ley 610 de 2000 y en las conductas previstas en el numeral 31 del artículo 48 de la ley 734 de 2002.	Comunicar al Técnico Operativo - Almacén de la U.S.I., sobre la necesidad de adquirir bienes y servicios para que se realicen las cotizaciones y estudios de precios de mercado de acuerdo con el tipo de contrato que se vaya a ejecutar.	Responsable del área ejecutora,	29/06 a 31/12/2018	100% de comunicaciones escritas sobre las necesidades de cada área para la adquisición bienes y servicios.	No. Total de comunicaciones reportadas / Necesidades de cada área X 100	Se informó que en los contratos que requieren análisis de precios de mercado se adjuntan los oficios de solicitud de su elaboración a la técnica Operativa de almacén por parte de los funcionarios responsables. Se adjunta Oficio de fecha Enero 10 de 2018 por el cual el profesional Especializado de Coordinación Médica, solicita a la técnica Operativa de almacén la elaboración de las cotizaciones y estudios de precios de mercado para iniciar el proceso de contratación de la gestión integral del servicio farmacéutico, que incluye la adquisición y suministro de medicamentos, incluidos los de control especial y monopolio del fondo Nacional de Estupefacientes e insumos médico o quirúrgicos contemplados en el Plan de Beneficios de Salud, y dos (2) Oficios más y veintisiete (27) correos electrónicos relacionados con envío de cotizaciones a la técnica Operativa de almacén para lo relacionado con la determinación del presupuesto base de contratación.

16.2	<p>Observación No. 16.2. -Factor de Legalidad. Contratos publicados en el SECOP de manera extemporánea y/o sin el total de documentos del proceso. - Verificado y analizado los contratos determinados a través de una muestra técnica, por el ente de control se estableció lo siguiente: Los documentos del proceso contractual de los contratos seleccionados en la muestra para la vigencia 2016 no aparecen debidamente publicados en el SECOP, esto en razón a que algunos expedientes contractuales no fueron publicados de manera completa o en su defecto dicho proceso se dio de manera extemporánea, lo cual lleva a determinar de manera clara y precisa el Incumplimiento por parte del Hospital San Francisco el principio de publicidad. Con lo anterior el Hospital San Francisco E.S.E., está quebrantando los principios de la Función Administrativa contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política, artículo 3 de la ley 80 de 1993, en razón al deber estipulado en el artículo 3 de la Ley 1150 de 2007, decreto No. 1510 de 2013 en su artículo 19, además de lo establecido en la materia por el Portal Único de Contratación - Colombia Compra Eficiente. En virtud de lo anterior se evidencia una incorrecta aplicación en la normas y principios generales de contratación estatal, que regulan aspectos administrativos de trámite y desarrollo contractual, además se haría caso omiso al principio de publicidad y transparencia que debe estar presente en cada una de las actuaciones desarrolladas por la entidad dentro de los procesos contractuales.</p>	<p>Elaborar instructivo donde consten las <i>disposiciones legales</i>, el cronograma detallando los documentos del proceso de contratación y, los plazos respectivos fijados para ser publicados en el SECOP.</p>	Contratación	29/06 a 31/12/2018	100%	Total de contratos publicados completa y oportunamente en el SECOP, en el periodo /Total de contratos suscritos en el periodo. *100	Se adjunta Resolución No. 536 de Noviembre 23 de 2018, por la cual se adiciona la Resolución 228 de 2014, estableciendo los documentos que se deben publicar el SECOP de acuerdo a lo establecido por la norma.
16.3	<p>Hallazgo No. 16.3. Factor de Legalidad. Tipología contractual Inadecuada. - Es claro para la Contraloría de la revisión de los contratos de prestación de servicios No. 077, 353, 293, 063, 069, 0256, 073, 068, 260 y 084 de 2016, que la entidad hizo uso de una tipología contractual para suplir necesidad de que no puede ser suplida mediante este tipo contractual, según lo consagrado en el artículo 59 de la ley 1438 de 2011, sumado a ello, del análisis de los objetos contractuales como de las obligaciones a cargo de los contratistas, se concluye a juicio del equipo auditor, que estos negocios contractuales en la realidad reflejan la materialización de los presupuestos jurídicos de una relación laboral o legal y reglamentaria entre el centralista y la Empresa como contraten, con base en lo consagrado en el artículo 53 de la Constitución Nacional y el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo.</p>	<p>Planear y justificar la vinculación del Talento Humano para la ejecución de actividades temporales suscritas por la USI-ESE en contratos y/o Convenios, las cuales no pueden ser ejecutadas por personal de planta; según la demanda del servicio, los recursos presupuestales y financieros.</p>	Gerencia, Contratación y Talento Humano	29/06 a 31/12/2018	Lograr que el 100% del talento humano vinculado en el período, se encuentren dentro las condiciones establecidas por la entidad, en desarrollo de actividades que no ejecuta el personal de planta.	No. De personas vinculadas en el periodo mediante contratos de prestación de servicios para la ejecución de actividades de temporalidad / Total de personas requeridas en el periodo para el desarrollo de estas actividades * 100	El área de talento humano en forma anual presenta el plan de contratación de personal de prestación de servicios equivalente a cuarenta y nueve (49) cargos del otro Hospital San Francisco ESE de los cuales cinco (5) Corresponden l área administrativa y cuarenta y cuatro (44) al área asistencial estos cargos debidamente valorizados con sueldos, prestaciones sociales, aportes a la seguridad social y parafiscales asciende para el año 2018 a \$\$2.183,104.825 Se adjunta presupuesto del años 2018. Se adjunta también relación de Los objetos contractuales del personal apoyo administrativo requerido para realizar actividades de la USI ESE, que no se pueden ejecutar con personal de planta para el año 2018 por valor de \$451.150.092. Se adjunta programación. De los cargos y los estudios de conveniencia y oportunidad que se realizan para la vinculación de la regente de farmacia y prestación de servicios de apoyo a la gestión.
16.4	<p>Hallazgo No. 16.4. Control Fiscal interno. Contratos de prestación de servicio de Salud sin liquidar, incumpliendo los plazos establecidos. - En ta revisión del proceso de cobro de cartera de la entidad se evidenció que existen saldos con edades de 160 días y más, que en su mayoría corresponden a contratos por capitación que vienen de los años 2012 al 2015, no obstante el Hospital haber realizado gestión de cobro como son: Cobros persuasivos. citas con la Secretaria de Salud, solicitud de liquidación, actas de conciliación de cartera y que dio como resultado el recaudo de una porción de la cartera; se evidencia que estos contratos no han sido liquidados, habiendo pasado ya su tiempo legal para esta labor; estos contratos son por prestación de servicios de salud, modalidad de capitación, plan obligatorio de salud régimen subsidiado. Por lo anterior no se está dando cumplimiento al tiempo señalado en el artículo 11 de la Ley. 1150 de 2007, y lo establecido en la minuta del contrato para evitar que se acumule cartera de más de un año, teniendo en cuenta que los contratos son realizados en la mayoría de los casos en forma anual. Situación que conlleva a que los cuadros, pagos de cartera, revisión de saldos,</p>	<p>Actualizar y socializar de acuerdo con la normatividad legal vigente, procedimiento mediante el cual se establezcan las etapas que se deben surtir en la liquidación de los contratos de prestación de servicios suscritos con las EPS, incluidas las novedades que se presentan con ocasión a la liquidación.</p>	Cartera - Auditoria Medica y/o Cuentas.	29/06 a 31/12/2018	Liquidar el 20% de los contratos de prestación de servicios que se encuentran sin liquidar a la fecha.	Número de contratos de prestación de servicios de salud liquidados a 31 de Diciembre de 2018 / Número total de contratos de prestación de servicios de salud que se encuentran pendientes de liquidar a 1 de enero de 2018. x 100	Se encuentra documentado el proceso y socializado según acta de fecha septiembre 7 de 2018, con los funcionarios del área ejecutora para su correspondiente implementación. Se elaboraron actas del área de cartera relacionadas con las reuniones de liquidación de contratos y oficios enviados de reliquidaciones. Con respecto a la gestión en la liquidación de contratos, se adjunta los siguientes actos administrativos inherentes: a) Resolución 459 de Octubre 18 de 2018, por el cual se liquida unilateralmente un contrato; b) Resolución 460 de Octubre 18 de 2018, por el cual se liquida unilateralmente un contrato; c) Resolución 461 de Octubre 18 de 2018, por el cual se liquida unilateralmente un contrato. d) Resolución 462 de Octubre 18 de 2018, por el cual se liquida unilateralmente un contrato

	reuniones de conciliación se hagan cada vez más difíciles por la cantidad de información a consolidar, debido a los nuevos contratos que se van firmando.						
16.5	<p>Hallazgo No. 16.5: Control Fiscal Interno. Falta de soportes en los contratos de Prestación de servicios para el suministro de talento humano, al Hospital. - En la revisión de los soportes de los comprobantes de egreso de los contratos que el Hospital celebra con empresas que suministran personal para desempeñar las actividades requeridas por la entidad, se encontró que no se adjunta la totalidad de los soportes de los pagos que se realizan a los empleados que trabajan bajo esta modalidad, reflejándose en los comprobantes de egreso, solo la seguridad social y parafiscales, teniendo en cuenta que también es importante anexar soportes como las nóminas con firma y cupón de consignación, pago de las liquidaciones de prestaciones sociales, dotación, es decir todos los ítems que se relacionan en las obligaciones a la que se comprometa el prestador de servicios a cancelar al empleados.</p> <p>La ausencia de soportes genera incertidumbre en el cumplimiento de todos los derechos que se les debe garantizar y comprobar en la cancelación de todos los conceptos laborales estipulados en el contrato, evitando poner en riesgo hacia el futuro los recursos de la entidad por demandas laborales.</p>	Adoptar un instrumento mediante el cual se verifique el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a sus trabajadores, respecto a sus obligaciones salariales, prestacionales y parafiscales incluyendo los soportes de pago y/o certificación del revisor fiscal o contador o representante legal de la empresa.	Gerente, Contratista y Supervisor	29/06 a 31/12/2018	100% de los procesos contractuales cuyo objeto social implique el suministro de personal, adjunten al expediente el instrumento debidamente diligenciado y soportado	No. Contratos de suministro de personal con instrumento debidamente diligenciado/No. De contratos de suministro de personal sobre No. De contratos suscrito X100	A todos los contratos de prestación de servicios, para el suministro de talento humano suscritos por la entidad incluidos los suscritos a partir de la fusión de las ESES adscritas al Municipio de Ibagué, se les ha pactado como obligaciones del contratista la de liquidar y pagar los aportes del Sistema General de seguridad Social (Salud, pensiones y riesgos laborales) y el de aportes parafiscales, para lo cual se debe presentar en forma mensual y junto con la factura y/o documento equivalente, una certificación firmada por el representante legal y/o contador o revisor fiscal si está obligado a tenerlo. Esta exigencia es requisito obligatorio para los trámites de contabilización y pago de los respectivos contratos; adicionalmente para evitar demandas laborales que afecten los recursos de la entidad a todos los contratos de prestación de servicios, para el suministro de talento humano se les exige a los contratistas que empleen personal en el desarrollo de las actividades contratadas, la constitución de una póliza de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales que garantice el cumplimiento de las obligaciones laborales del personal empleado por un valor equivalente entre el 10 y 20% del valor de contrato y con una vigencia por el término del contrato y tres (3) años más. Se adjunta como evidencia el contrato No. 359 de Agosto 10 de 2018, suscrito con DHO, para prestación de servicios en el proceso de facturación para apoyar los servicios de la USI ESE, el cual establece las siguientes condiciones pertinentes: a) Clausula 6a. Garantías: 1. Constitución de Póliza de cumplimiento.; 2. Salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones; 3. Responsabilidad civil extracontractual; 4. Calidad del Servicio y Póliza de manejo. b) Clausula Séptima. Obligaciones del contratista: El contratista se obligan a: Numeral 15. Gestionar paz y salvo frente a la supervisión al finalizar el contrato; 16. Liquidar y pagar los aportes de la SGSS y aportes parafiscales, para lo cual debe presentar en forma mensual junto a la factura una certificación firmada por el representante legal y revisor fiscal si está obligado a tenerlo.
16.6	<p>Hallazgo No. 16.6: Planes, Programas y Proyectos. Deficiencias en el proceso de planeación, ejecución y seguimiento a los planes programas y proyectos determinados en el Plan de Acción. - En la información aportada por el Hospital San Francisco de Ibagué para efectuar verificación a los planes programas y proyectos durante la vigencia 2016, se evidencia que el documento puesto a disposición del ente de Control no se encuentra diligenciado completamente, carece de cifras que puedan determinar le eficiencia del cumplimiento, no contiene los valores en pesos asignados a cada meta de cada programa y su respectiva ejecución presupuestal por cada uno de ellos, por lo que se determine deficiencias en su ejecución, seguimiento y control de estos, no se realizó un seguimiento periódico para su actualización de tal manera que al final de la vigencia lo ejecutado coincida con lo programado. Lo anterior evidencia incumplimiento de lo estipulado en el Artículo 339 y siguientes de la Constitución Política de Colombia, que preceptúan lo pertinente a los planes de desarrollo, de su existencia a nivel nacional y territorial, de su conformación e integración en una parte general y una de inversión, de su vigencia que puede ser a largo, mediano o corto plazo, dependiendo de cada entidad; de la obligación de fijar los presupuestos y de la especificaciones de los recursos financieros requeridos para su ejecución, de otras instrucciones coherentes con el tema. De otra parte, existen deficiencias técnicas en la formulación, programación y ejecución física de las metas de producto de la mayoría de los programas incluidos en el Plan de acción, ya que en algunos casos lo ejecutado supera ostensiblemente a lo programado, mientras que en otras metas los productos logrados estuvieron muy por debajo de lo proyectado. Situación anterior que</p>	Hacer seguimiento y evaluación al plan de acción de la entidad.	Gerencia, Comité de planeación, Coordinadores de áreas asistenciales y administrativas. Técnico Operativo área estadística Estadística Financiera	29/06 a 31/12/2018	Obtener mínimo el 90% de cumplimiento del plan de acción de la vigencia 2018	No de actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2018 / Número total de actividades programadas en el plan de acción de la vigencia 2018	Se está realizando la evaluación final del plan de acción de la vigencia 2018, la cual se terminará una vez se realice la presentación de la información contable y presupuestal de la USIESE y una vez terminada la evaluación se remitirá al grupo auditor.

	permite afirmar que este instrumento no cumple su función de planeación eficiente, porque genera incertidumbre y no permite hacer una correcta programación y asignación de los recursos de inversión apropiados en el presupuesto.						
17	Hallazgo No. 17.- Factor Control Fiscal Interno. Inconsistencias en la individualización de los elementos devolutivos: La USI ESE. Presentó al equipo de auditoría una relación de los elementos que conforman el grupo de propiedad planta y equipo, con el objeto de determinar la individualización de estos activos a 31 de diciembre de 2017, evidenciando diferencias frente a los saldos reflejados en libros de contabilidad por valor de \$1.944.170.867 y se pudo determinar adicionalmente que existen deficiencias en la actualización de las responsabilidades de los bienes entregados a cada funcionario, como también falencias en la identificación de cada uno de los bienes ya que los códigos de las plaquetas que se observa en el informe entregado por almacén no es coherente ni presenta homogeneidad con el plaqueteo físico efectuado a cada bien. Conforme a lo anterior se evidencia inobservancia a lo establecido en el Manual de procedimientos respecto a la individualización de bienes, derechos y obligaciones, como también sobre la actualización de valores.	Incorporar el inventario de Propiedad Planta y Equipo de la USI ESE, al Módulo de Activos Fijos Dinámica Gerencial, el cual reporta en sus informes plenamente la identificación de los bienes, los responsables, placas y áreas que conforman la estructura institucional,	Almacén responsables de activos que conforman la Propiedad Planta y Equipo	29/06 a 31/12/2018	50% del procesos de incorporación de los activos de Propiedad Planta y Equipo USI ESE al Módulo de Activos Fijos Dinámica Gerencial	Numero de activos Propiedad fijos incorporados al módulo de activos fijos Dinámica / Numero de activos total de activos de la USI ESE	Se realizó la logística para la adquisición y funcionamiento del software dinámica gerencial, el cual en el módulo de activos fijos reporta en sus informes la identificación específica de los bienes, los responsables, placas y su distribución por áreas que conforman la estructura funcional de la USI ESE, se realizó la parametrización del módulo y la capacitación de los funcionarios, quedando pendiente a 31 de diciembre de 2018 la implementación y conciliación de saldos para el reporte de la información del balance general de la entidad, el cual permitirá identificar plenamente los activos en forma individual en cuanto a placa y responsable delo mismo.
18	Hallazgo No. 18.- Factor Control Fiscal Interno. Debilidad en el análisis, verificación y conciliación de información contable entre las áreas que integran la Unidad de Salud de Ibagué. Se evidencia que no existe un adecuado análisis de la información contable registrada en las diferentes subcuentas a fin de contrastarla y ajustarla con las respectivas fuentes de datos que proviene de aquellas dependencias que generan información que alimente directamente la contabilidad de la entidad, ni se observan cruces periódicos de información entre áreas. Así las cosas el grupo auditor considera que la USI ESE, no da una efectiva aplicabilidad a los procedimientos de control interno contable.	Conciliar <i>mensualmente</i> los saldos de contabilidad con las diferentes áreas proveedoras de información contable y ajustar diferencias, <i>proceso que quedará registrado en actas cada vez que realice.</i>	Profesional Especializada Financiera y Contabilidad, Profesional Universitario Almacén, Cartera, Presupuesto y Tesorería. Técnicos operativos: Almacén, Cartera, Tesorería y Contabilidad. Auxiliares Administrativos: Almacén, Contabilidad y Tesorería	29/06 a 31/12/2018	Razonabilidad de las cifras contables.	El 100% de correlación entre los saldos de los libros de contabilidad con los saldos de las áreas fuentes en los respectivos períodos contables.	Se suscribieron doce (12) Actas de los meses de enero a diciembre de 2018, reportando la conciliación entre las áreas de contabilidad y facturación de los valores registrados en contabilidad y los facturados, identificando las diferencias, con el propósito de realizar los ajustes en el respectivo periodo o consecuentemente en el siguiente; teniendo claridad de los motivos que no permitieron la radicación respectiva. Actas debidamente firmadas por la Profesional Especializada Área Financiera y Técnico Operativo de Facturación
	Hallazgo No. 19.- Factor Control Fiscal Interno. Debilidad en la depuración contable permanente y sostenible. Revisado el listado de activos fijos suministrado por el área de almacén, se evidencia la existencia de bienes que se encuentran totalmente depreciados, sin embargo siguen apareciendo en los informes de activos fijos, sin observarse procedimiento alguno para su retiro o en su defecto revalorización para recalcular su vida útil. Adicionalmente se observa una serie de elementos cuyo costo se encuentra por debajo de un salario mínimo que ascienden a \$1.367,375.980, que para el efecto deben ser llevados directamente a un gasto y no como un activo de la entidad, lo que genera una sobreestimación de los activos de la entidad, como también una sobre estimación de los estados de resultados cortado a 31 de diciembre de 2017. Así las cosas el grupo auditor considera que la USI ESE, no da una efectiva aplicabilidad a los procedimientos de control interno contable.	Hacer relación de equipos totalmente depreciados para su respectivo avalúo y hacer relación de equipos de menor cuantía ( menor a medio salario mensual vigente) para el comité de sostenibilidad contable solicitando su acto administrativo para su retiro del inventario de Propiedad Planta y Equipo por no cumplir con la normatividad	Almacén responsables de activos que conforman la Propiedad Planta y Equipo	29/06 a 31/12/2018	100% de proceso de depuración del inventario de activos que no cumplen con la normatividad de menor cuantía llevados al gasto de Propiedad Planta y Equipo USI ESE	Numero de activos fijos que no cumplen con el valor de menor cuantía / Numero de activos depurados enviados al gasto por menor cuantía	Se presentó información de activos de menor cuantía por valor de \$859.380.067,56, con la correspondiente certificación de la consolidación de la información por grupos y codificación de los activos fijos para su depuración contable de la cuenta su Propiedad Planta y equipo de bienes que registran valor inferior a medio SMLV, Y con el Acta No. 004 de Diciembre 27 DE 2018, donde se analiza la información y los soportes presentados y se procede a recomendar a la gerencia la depuración mediante acta administrativo la salida de estos bienes del inventario contable y se proceda a realizar la gestión para el correspondiente control administrativo que le corresponde realizar a las áreas de almacén y contabilidad. y adjunta respuesta del área de sistemas, sobre la no viabilidad de sacar estos activos del módulo de NET SOLIN, en la vigencia 2018, quedando de realizar el movimiento contable el cual se hará una vez entre en funcionamiento el módulo de Activos fijos del software DINAMICA GERENCIAL.

20	Hallazgo No. 20.- Factor Control Fiscal Interno. Debilidad en la integralidad de los módulos proveedores de información en el software contable. Por análisis efectuado por el Ing. de sistemas adscrito al grupo auditor se evidenció que la USI ESE, descartó la utilización del software Dinámica Gerencial el cual fue adquirido por \$1.001.482.960 el cual en su operatividad, eficiencia y eficacia es mucho mejor que el software que utiliza la USI ESE, ya que en éste se ejecutan procesos para la alimentación de módulos prácticamente manual. Así las cosas el grupo auditor observa debilidad en la gestión administrativa al dejar inutilizado un software que operativamente es mejor que los que está utilizando la entidad, además del costo de dicho software, el cual está por encima de los 1.000 millones de pesos.	Gestionar los recursos necesarios para la unificación del software DIANAMICA GERENCIAL en toda la institución. Exigir al Contratista del software DIANAMICA GERENCIAL, una vez suscrito contrato los cronogramas y procedimientos que se deben adelantar para la alimentación paulatina del software en cada uno de los puntos de atención de la USI-ESE.	Secretaría de Salud Municipal, Unidad de Salud de Ibagué y la Empresa Sistemas y Asesorías de Colombia - SYAC.	29/06 a 31/12/2018	Implementación del 20% del Software Dinámica gerencial en todas las dependencias funcionales de la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE.	No. De unidades intermedias, centros de salud y sede administrativa de la USI ESE con software de Dinámica Gerencial implementado /Total de sedes funcionales de la USI ESE * 100	Se suscribió el Contrato 313 de Julio 23 de 2018. Con Sistemas y asesorías de Colombia S.A. con el objeto de proveer la actualización, el mantenimiento y el soporte, al sistema de información DINÁMICA GERENCIAL, de manera remota o a distancia en la versión NET WEB SERVICES en los módulos de: Contratos, admisiones, facturación, citas médicas, historias clínicas, inventarios, presupuestos oficiales, contabilidad - NIIF, tesorería, promoción y prevención, costos hospitalarios, activos fijos, registro y correspondencia, cartera. Nómina, quejas y reclamos, pagos y gestión gerencial, avanzando en la parametrización en un 90% de estos módulos. En complementación se encuentra en trámite las gestiones de mejora en estructura referente a la adquisición de equipos y el servidor para mejorar la infraestructura del área el cual es requerido para la implementación integral del software asistencial y administrativo.
21	Hallazgo No. 21.- Control Fiscal Interno. Debilidades en el control para seguimiento de mantenimiento a vehículos. En seguimiento realizado a los vehículos, se observaron debilidades en los controles efectuados por la USI ESE, para el consumo de combustible de los mismos, ya que no se pudo evidenciar una bitácora donde se lleve el registro diario de consumos por cada vehículo, existen planillas con información incompleta además de observarse enmendaduras en las mismas. Aunado a lo anterior no se evidencia un plan de mantenimiento por cada uno de los vehículos, observándose en cada carpeta copia de facturas de los mantenimientos y no un control efectivo que permita mitigar el riesgo de daños de los vehículos. Así las cosas se observa debilidad al respecto de la conservación y mantenimiento de la flota y equipo de transporte propiedad de la USI ESE.	Revisar los formatos existentes de las planillas y adaptarlos a la necesidad de la entidad para garantizar el control eficaz en los kilometrajes y consumos por cada vehículo. Diseñar un plan de mantenimiento para el parque automotor de la entidad.	Técnico Operativo de Almacén, Contratista apoyo a mantenimiento	29/06 a 31/12/2018	Lograr la ejecución del 80% de las actividades programadas.	No de actividades realizadas / total de actividades programadas * 100	Se presenta informe donde se realizan las modificaciones a los formatos existentes para facilitar la recolección de los datos y la socialización de los mismos a los conductores para que cumplan con los controles estipulados por la entidad y subsanar deficiencias de las observaciones realizadas por la Contraloría Municipal de Ibagué, haciendo la descripción de los formatos para el control del kilometraje por vehículo; los nuevos formatos cuentan con la información necesaria para cumplir con los controles y seguimientos requeridos para mejorar la gestión del área. Se adjunta adicionalmente, el modelo del plan de mantenimiento preventivo para los vehículos de la USI ESE, con el objeto de contar con un plan de mantenimiento preventivo de vehículos de la entidad, que permita conservar y prolongar la vida útil de los vehículos y realizar el diseño de formatos que permitan recopilar, controlar y ejecutar los diferentes controles en el mantenimiento preventivo. Se adjunta evidencia en CD - Evidencias Plan de mejoramiento USI ESE - 2018.
22	Hallazgo No. 22.- Control Fiscal Interno. Falta de homogeneidad en las cifras reportadas en las declaraciones de retención en la fuente a los saldos reflejados en libros de contabilidad. En revisión a las declaraciones de retención en la fuente por la vigencia 2017, cotejándolas frente a los saldos reflejados en libros de contabilidad, se evidencia diferencias mensuales que totalizadas presentan un valor de \$127.691.920.98 frente a los saldos reportados a la DIAN. Así las cosas se evidencian por parte del grupo auditor debilidades en los procedimientos de conciliación y depuración de cuentas al interior del área de contabilidad de la entidad.	1- Mediante memorando de Gerencia se solicitara a los supervisores la entrega oportuna de las facturas, notas créditos de proveedores para ser registrado contablemente y al área de personal el registro de retenciones de salarios.- 2- Registrar contablemente de acuerdo a los soportes facturas, notas créditos, solicitud de devolución de proveedores por error en Retención practicada (el agente retenedor podrá reintegrar directamente las sumas retenidas en exceso descontando directamente de las retenciones en la fuente por declarar y consignar Art. 6 decreto 1988, Decreto 1625 art.1.2.48.) 3- Diligenciamiento en el aplicativo de la DIAN formulario 350 los valores de la retención mensual. 4- Revisión saldos débitos y créditos de la cuentas retenciones igual a valor a cancelar mes. 5- Revisión por parte de Revisoría Fiscal de las retenciones contabilizadas con soportes 6- Pago de la retención en la fuente mensual. 7- Conservar soportes de ajustes para demostrar a entes de control que el valor pagado corresponde a la cifra real.	Contabilidad, supervisores, personal	29/06 a 31/12/2018	1- Pagar el valor real de retención mensual de acuerdo a soportes (facturas, Notas, ajustes, Solicitudes de devolución proveedores)	Formulario 350 DIAN, valor corresponda a valor A pagar de acuerdo a Soportes saldo mes Retenciones (créditos menos débitos)	Se presenta por el área de contabilidad la explicación de los procedimientos para ajustar los pagos de retención en la fuente de la USI ESE, en forma mensual por la vigencia de 2018, especificando los ajustes realizados en los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, los ajustes de las aproximaciones de Mayo a Noviembre y los ajustes realizados en el mes de diciembre de 2018, para lo cual adjuntan los soportes correspondientes.

23	Hallazgo No. 23.- Control Fiscal Interno. Debilidad por la no incorporación en la contabilidad de ajustes originados de movimientos financieros en el respectivo período. En la revisión de la cuenta contable de bancos, corroborando los saldos con los extractos bancarios y la respectiva conciliación, se evidencian diferencias en lo contenido en el libro de bancos frente a lo reportado en extractos, observando que las mismas obedecen a la no contabilización de ajustes bancarios, tales como rendimientos financieros, GMF, consignaciones al final del período. Así las cosas el grupo auditor evidencia incumplimiento al respecto de los procedimientos de control interno contable.	Verificar mensualmente, que el proceso de conciliación entre libros de bancos y extractos se realice dentro de los plazos fijados y todas las cuentas queden conciliadas.	Profesional Universitario - Tesorería- Revisoría Fiscal. Técnico Operativo Tesorería. Auxiliar Administrativo de Tesorería.	29/06 a 31/12/2018	100% de las cuentas bancarias de la entidad, estén conciliadas al finalizar cada periodo contable.	No. de cuentas conciliadas oportunamente en el mes/ Total de cuentas de ahorros y corrientes de la Entidad.	El técnico operativo de tesorería certifica que las cuentas bancarias de la Unidad de Salud de Ibagué, están conciliadas al mes de diciembre de 2018 y sus respectivos soportes serán enviados a la contraloría en el mes de Marzo y adjunta copia del balance de prueba a 31 de Diciembre de 2018, con los saldos finales conciliados de las cuarenta y ocho (48) cuentas bancarias que maneja la entidad. Adjunta evidencias de la certificación y balance de prueba enunciado.
24	Hallazgo No. 24.- Control Fiscal Interno. Debilidad en el cálculo del deterioro acumulado de cuentas por cobrar. En seguimiento a las cuentas por cobrar, se evidencia debilidad en el cálculo del deterioro acumulado, dado que se está calculando el 33% sobre el valor de la cartera superior a 360 días, excluyendo de éste cálculo aquellas que tienen acuerdos de pago y el mismo no está siendo acumulado, lo cual es un procedimiento erróneo en atención a que el manual de políticas contables de la entidad determina que el 33% del gasto por deterioro de cartera es acumulable, en el segundo año se protege hasta el 66%; en el tercer año el 99% y en el cuarto año el 1%, quedando así deteriorado el 100% de la cartera. Así las cosas se observa aplicación de procedimientos erróneos por parte de la USI ESE, en lo que tiene que ver con el cálculo de ajustes contables por deterioro al interior de las cuentas por cobrar.	Revisar la aplicación dada a la Política contable del Deterioro de cartera de la Unidad de Salud de Ibagué verificando, el cumplimiento o no de los acuerdos de pagos y procesos de cobros coactivos y ajustar de ser necesario.	Profesional Especializada Financiera y Contabilidad, Profesional Universitario Cartera, Técnico Operativo Cartera	29/06 a 31/12/2018	Deterioro final año 2018, de acuerdo a políticas de la Unidad de Salud de Ibagué.	porcentaje de deterioro correspondiente a la antigüedad de la cartera	Se realizó el deterioro de cartera para la vigencia 2018, de acuerdo a acta de reunión de fecha 28 de Diciembre de 2018, debidamente firmada por los asistentes, donde se aplica la política contable de deterioro de cartera y las estrategias a seguir para el respectivo deterioro, con los procedimientos seguidos para realizar el deterioro de cartera del año 2018 por valor de \$2.015.704.245. se adjunta acta correspondiente.
25	Hallazgo No. 25.- Control Fiscal Interno. Debilidad en la aplicación de normativa para la recepción de glosas médicas. En revisión efectuada al trámite de glosas médicas se evidencia incumplimiento en lo que tiene que ver con los plazos con los que legalmente cuentan las EPS para glosar las respectivas facturas, ya que se observan facturas glosadas con fechas posteriores a los 20 días hábiles indicados por la normatividad. Así las cosas el grupo auditor observa debilidad en el trámite que se da a las glosas médicas por parte de la entidad, pudiendo incurrir a futuro en pérdidas de cartera por la práctica errónea que se realiza.	Actualizar, socializar y aplicar el Protocolo para Recepción y respuesta de glosas aplicando los tiempos según normatividad.	Auditor de Cuentas Médicas, Líder Facturación	29/06 a 31/12/2018	Protocolo de Auditoría de Glosas actualizado, ajustado y aplicado en la USI	100% de glosas contestadas de acuerdo al protocolo.	Se actualizó protocolo de auditorías de cuentas médicas, donde se establece los procedimientos relacionados con la gestión de glosas, en lo referente a la presentación de glosas con sus requisitos. Plazos, recepción, trámite, correcciones o aclaraciones, evaluación y respuestas a glosas en relación a (contenido, término, registro y reiteración de glosas). Mediante Acta No. 005 del comité Institucional de Gestión y Desempeño de Enero 22 de 2019, se socializó el protocolo.
26	Hallazgo No. 26.- Planes, Programas y Proyectos. Deficiencias en la medición del impacto de las metas establecidas para el año 2017. En revisión a los planes, programas y proyectos suscritos por la USI ESE, se observó que el plan de acción de la entidad no se encuentra ligado al plan de gobierno municipal, se manifiesta que la entidad contribuye en forma independiente al componente social de salud del plan de gobierno municipal. En lo que tiene que ver con el seguimiento al plan indicativo y los informes de gestión, los mismos no permiten medir la eficacia, eficiencia, efectividad e impacto real de los proyectos o inversiones ejecutadas, dado que no se determina la población beneficiaria y realmente satisfecha, como tampoco existe un presupuesto real asignado para el cumplimiento de cada meta. Así las cosas se observa la deficiencia en el respectivo seguimiento y cumplimiento eficaz del plan indicativo de la entidad.	Hacer seguimiento y evaluación al plan de acción de la entidad.	Gerencia, Comité de planeación, Coordinadores de áreas asistenciales y administrativas. Técnico Operativo área estadística	29/06 a 31/12/2018	Obtener mínimo el 90% de cumplimiento del plan de acción de la vigencia 2018	No de actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2018 / Número total de actividades programadas en el plan de acción de la vigencia 2018	Se está realizando la evaluación final del plan de acción de la vigencia 2018, la cual se terminará una vez se realice la presentación de la información contable y presupuestal de la USI ESE y una vez terminada la evaluación se remitirá al grupo auditor.



27	<p>Hallazgo No. 27.- Estado contables. Incertidumbre originada al respecto de las debilidades encontradas por falta de conciliación de las cuentas que componen el rubro propiedad planta y equipo, deudores y otros activos. Revisados los estados contables con corte a 31 de diciembre de 2017, se generan una serie de incertidumbres y sobrestimaciones al interior de los rubros de propiedad, planta y equipos, deudores y otros activos. Se evidencia que los saldos reflejados en el estado de situación financiera a 31 de diciembre de 2017 presentan una diferencia por valor de \$183.976.759,02 frente a los libros de contabilidad. Al comparar los saldos reflejados en los auxiliares de activos fijos suministrados por almacén frente a los libros auxiliares de contabilidad existe una diferencia por valor de \$1.944.170.867; aunado a lo anterior en el inventario de activos fijos, se evidencian elementos totalmente depreciados que aún siguen apareciendo en contabilidad, como también elementos cuyo costo es inferior a un salario mínimo legal mensual vigente, los cuales por políticas contables, debieron ser llevados directamente al gasto, y no activarlos lo que genera sobrestimación por valor de \$1.357.375.980. En visita al área de sistemas no fue posible la verificación de software que aparece en el informe de activos fijos suministrados por el área de almacén, los cuales tampoco se observan en contabilidad por \$391.466.377, por último se genera una incertidumbre por valor de \$126.411.712 en el rubro de deudores por glosas médicas aceptadas las cuales no cumplen con la normatividad al respecto. Así las cosas se generan una incertidumbre al respecto de la razonabilidad de las cifras reportadas por la USI ESE.</p>	<p>Establecer un procedimiento de reclasificación donde se incluya:  1- Los Activos que están totalmente depreciados en cuentas de orden.  2- Clasificación de acuerdo al estado del bien y el uso dado.  3- Solicitar el avalúo técnico de los que estén en servicio.  4- Previo avalúo, poner en venta los que su destino final es el retiro definitivo de los servicios.  5- Los bienes que se dan de baja y están valorizados, ofertarlos para venderlos.</p>	<p>Gerencia, personal de almacén, comité de técnico de sostenibilidad contable y de bienes</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>Reclasificar la totalidad de bienes totalmente depreciados en cuentas de orden</p>	<p>Bienes depreciados / Bienes reclasificados en cuentas de orden</p>	<p>Se realizó el proceso administrativo para la depuración contable, pero de acuerdo a certificación de sistemas, no se puede sacar del módulo de NET SOLIN esta información, por lo tanto éste proceso se realizará una vez entre el funcionamiento del módulo de activos fijos del software DINAMICA GERENCIAL</p>
28	<p>Hallazgo No. 28.- Gestión Presupuestal. Debilidades en el registro de créditos y contra créditos, y diferencias en la ejecución presupuestal de ingresos. Se realizó seguimiento al presupuesto de ingresos y gastos, como también a la ejecución presupuestal tanto de la USI ESE. como del Hospital San Francisco, observándose que la USI ESE, reporta en la ejecución presupuestal unas modificaciones al presupuesto (Créditos y Contra créditos) por valor de \$31.500.000, los cuales soporta con la resolución No. 732, sin embargo al revisar dicha resolución las citadas modificaciones no se evidencian. Por otra parte dentro la ejecución presupuestal de ingresos del Hospital San Francisco en el mes de febrero de 2017, se observa una apropiación total por valor de \$15.501.977.141, sin embargo al realizarse la sumatoria de cada rubro se observa que el valor real total es de \$15.551.977.140, observándose una diferencia por valor de \$50.000.000. Así las cosas se observa debilidad en las revisiones que debe efectuar la entidad en cada una de las resoluciones donde se aprueben movimientos presupuestales, como también en la verificación de cifras reportadas en los respectivos informes presupuestales.</p>	<p>Realizar los movimientos presupuestales de adiciones, reducciones, créditos y contra créditos en estricta sujeción a los actos administrativos (Acuerdos de Junta directiva y resoluciones aprobados) que establezcan modificaciones al presupuesto de la vigencia 2018.</p>	<p>Profesional universitaria área de presupuesto</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>100% de movimientos presupuestales aprobados por Acuerdos de Junta Directiva y resoluciones firmadas por la ordenadora del gasto</p>	<p>Ejecuciones presupuestales con información correlativa a los Acuerdos de Junta Directiva y resoluciones firmadas por la ordenadora del gasto aprobando presupuestos y movimientos presupuestales.</p>	<p>Se adjunta los siguientes actos administrativos que generaron movimientos presupuestales de adiciones, reducciones, créditos y contra créditos en estricta sujeción a los actos administrativos, que se relacionan y se adjuntan, así: siete (7) Acuerdos de la Junta directiva de la USI ESE, Nos. 06, 08, 9, 10, 11, 15 y 17 y veinte (20) Resoluciones, emanadas de la gerencia Nos. 060, 061, 072, 087.156,201,221,242, 253, 316, 321, 349, 385, 44, 440, 463, 527, 548, 603 y 639. Evidencias adjuntas en CD</p>
29	<p>Hallazgo No. 29.- Gestión Financiera. Debilidades en el recaudo de cartera. En revisión a los índices financieros de la USI ESE, se procedió con la aplicación de indicadores financieros con respecto a la rotación de cartera se obtiene un resultado de 525 lo que quiere decir que a 31 de agosto de 2017 la USI tardaba 525 días en recuperar su cartera, lo que se puede interpretar como un procedimiento ineficiente. Así las cosas se observa debilidad en los con roles establecidos para el recaudo y recuperación de cartera por parte de la USI ESE.</p>	<p>Continuar y afianzar los procesos de cobro de cartera a los deudores de la entidad, así como adoptar e implementar el "Cobro Coactivo".</p>	<p>Gerente Asesores Jurídicos Externos Profesional Universitario Cartera Técnico Operativo Cartera y Facturación Contratista Auditor de Cartera.</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>Reducir el indicador de rotación de cartera en mínimo un 2%</p>	<p>No. de días de rotación de cartera a diciembre 31 de 2018 Menos (-) No. de días de rotación de cartera a diciembre 31 de 2017 / No. de días de rotación de cartera a diciembre 31 de 2017 * 100</p>	<p>Según resolución No. 475 de octubre 24 de 2018, adoptando reglamento interno de cartera para afianzar los procesos de cobro de cartera, y según resolución No. 477 de Octubre 24 de 2018, se establece el manual de cobro coactivo para la USI ESE.</p>

30	Hallazgo No. 30.- Denuncias y/o Derechos de Petición. Debilidad por falta de idoneidad del profesional encargado del sistema de salud ocupacional y seguridad en el trabajo. En seguimiento a la denuncia D-007 de 2018 se solicitó a la Dra. Kitsy Catalina Hayes Echeverry indicar su formación académica para ocupar el cargo de seguridad y salud en el trabajo, manifestando que su profesión es abogada, con 11 meses de experiencia en el tema de seguridad y salud en el trabajo, además de la realización de un curso de 50 horas en SG.SST., además de congresos internacionales y capacitaciones en el tema. Revisada la hoja d vida donde se corrobora lo mencionado sin embargo a la luz de la reglamentación estatal al respecto de los requerimientos legales para el ejercicio de las actividades contratadas, se evidencia falta de idoneidad por parte de la profesional, dado que para la ejecución de las actividades de implementación del sistema de salud ocupacional y seguridad en el trabajo es requisito fundamental contar con especialización en seguridad y salud en el trabajo o su equivalente, además de contar con la licencia expedida por el Ministerio de Salud para el ejercicio de dicha labor, documentos no aportados. Por lo anterior se evidencia una contratación, sin que el profesional cumpla con los requisitos de idoneidad para la ejecución de las labores contratadas. Aunado a lo anterior se evidencian informes de actividades incompletos y donde se manifiesta por la contratista el no cumplimiento de algunas actividades, sin embargo se observa la certificación de cumplimiento de todas las actividades expedida por el supervisor del contrato.	Ajustar el plan de cargos de la entidad, con la profesionalización del cargo de Técnico Operativo-Seguridad y Salud en el Trabajo, para el desempeño de las funciones asignadas al empleo.	Gerente, profesional especializado área de talento humano	29/06 a 31/12/2018	Modificación plan de cargos	Nominal: Plan de cargos con modificación cargo de técnico a profesional en salud ocupacional y seguridad en el trabajo	Que en el plan de cargos de la USI ESE de la vigencia 2018, aprobado mediante Acuerdo No. 12 de Octubre 31 de 2018 de la Junta directiva, existe creado el cargo de carrera administrativa denominado Técnico Área de Salud con código 323 grado de asignación 03, el cual se encontraba vacante, ante lo cual se procedió mediante Resolución 061 de Enero 31 DE 2019 a nombrar en provisionalidad al ROSEMBERG FARNEY MONEDERO QUINTERO, para cumplir las funciones de Técnico Operativo Seguridad y Salud en el Trabajo., la cual se adjunta.
31	Hallazgo No. 31.- Denuncias y/o Derechos de Petición. Debilidades en las labores de supervisión de los contratos suscritos con abogados. En seguimiento a la denuncia D-007 de 2018, se revisaron los contratos suscritos con abogados, evidenciándose debilidades al interior de los informes de actividades de cada uno de los contratistas, ya que no se evidencia el cabal cumplimiento de las citadas actividades, dado que se observa un formato de la USI, donde el contratista transcribe las actividades contratadas sin observarse las evidencias suficientes que demuestren el cumplimiento de las mismas; sin embargo se observa el certificado de cumplimiento por parte del supervisor. Así las cosas se observa debilidades en el ejercicio de la supervisión de los citados contratos con profesionales abogados al interior de la USI ESE.	Exigir a los Asesores externos contratados por la entidad, informe pormenorizado de las obligaciones allí consignadas, debidamente soportadas.	Supervisor. Contratistas Asesores Externos	29/06 a 31/12/2018	100%	No. De informes de abogados refrendados por el supervisor que evidencian el cumplimiento de las actividades pactadas en el periodo / total de informes presentados por los abogados en el periodo *100	En cumplimiento a la exigencia a los asesores externos de la USI ESE, de presentar informe de actividades en el formato oficial establecido por la entidad para el efecto, se adjunta informes de actividades de los meses de Noviembre y diciembre de 2018 del Asesoría jurídica externa para la defensa judicial, conceptos laboral, individual. Colectivo, administrativo y seguridad social, debidamente conceptualizado y pormenorizado de las actividades realizadas en los respectivos meses, de acuerdo al formato oficial establecido y codificado por la entidad. Se adjunta evidencia de los informes presentados.
32	Hallazgo No. 32.- Denuncias y/o Derechos de Petición, Demora en el pago de intereses a las cesantías de los empleados. En seguimiento a la denuncia D-007 de 2018 por demoras en el pago de intereses a las cesantías, se evidenció que a pesar de existir recursos en las cuentas bancarias, los citados intereses a las cesantías de los empleados fueron cancelados de manera extemporánea. Así las cosas se observa deficiencias al interior del área de nómina en lo que respecta al pago de intereses extemporáneos colocándose en riesgo de demandas la USI ESE	Reconocer y pagar oportunamente intereses a las cesantías de los servidores públicos vinculados a la entidad, de acuerdo al flujo caja existente.	Profesional Especializado de talento humano y Profesional Universitario tesorero.	29/06 a 31/12/2018	Procedimiento establecido implementado	Intereses a las cesantías de los funcionarios de la USI ESE, liquidados antes del 31 de Enero de cada vigencia.	El profesional Universitario tesorero de las USI ESE. certifica que los intereses de las Cesantías del año 2018, fueron canceladas oportunamente el día 30 de enero de 2019, y adjunta soportes del proceso de giro realizado a través del Banco Caja Social de pagos de intereses Cesantías por valores de \$916.618,00 y por valor de \$ 66.980.451,00.

33	<p>Hallazgo No. 33.- Denuncias y/o Derechos de Petición, Presunta tercerización laboral. En seguimiento a la denuncia D-007 de 2018 para verificar si es legal que la USI ESE, tenga personal contratado tercerizadamente para desarrollar actividades de facturación, aseo, conductores, se realizó seguimiento a cada uno de los contratos, evidenciándose que la ejecución de los contratos citados, se realiza con la utilización de equipos de cómputo, impresoras, software, elementos de escritorio, el lugar donde se desarrolla las funciones, escritorios, sillas, son de propiedad de la USI ESE, que al analizar el objeto de cada contrato se observa que el mismo hace parte integral de la función misional y permanente de la USI ESE, lo cual genera un indicativo de presunto tercerización. Así las cosas se observa inobservancia de las normas laborales al respecto de la tercerización de personal en la ejecución de actividades misionales permanentes al interior de la misma.</p>	<p>Establecer clara y específicamente desde el análisis de conveniencia y estudios previos, los bienes muebles, herramientas e insumos que estarán a cargo del contratista y los que suministrarán la entidad, cuando a ello hubiere lugar, los cuales deberán ser tenidos en cuenta al fijar el presupuesto base de contratación.</p>	<p>Dependencia ejecutora Contratación Supervisor.</p>	<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>Documento de justificación suscrito.</p>	<p>Nominal: Evidenciar documento debidamente firmado.</p>	<p>1. En el estudio previo de conveniencia y oportunidad para el proceso de selección de mayor cuantía con el objeto de prestación de servicios en el proceso de facturación, para apoyar los servicios de la USI ESE, se tuvieron en cuenta para definir el presupuesto base de contratación, adicional a la prestación del servicio, el suministro de papelería, impresoras de comunicaciones y útiles de oficina, los fletes y correos y transportes que sean necesarios en el proceso de facturación a contrata, el cual dio origen a la suscripción del contrato No. 111 de Febrero 15 de 2018, con la empresa DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL DHO S.A.S.. 2. En acatamiento a las acciones programadas para subsanar el hallazgo en el estudio previo de conveniencia y oportunidad para el proceso de mayor cuantía con el objeto de prestación de servicios en el proceso de facturación, para apoyar los servicios de la USI ESE, se tuvieron en cuenta para definir el presupuesto base de contratación, adicional a la prestación del servicio, el suministro de papelería, equipo de cómputo de acuerdo a requerimientos actuales, equipos de comunicaciones, útiles de oficina, fletes y acarreo, transportes y mantenimiento y reparaciones de equipos de cómputo e impresoras, que sean necesarios en el proceso de facturación y complementariamente en el numeral 4 actividades a realizar, se incluye en el subnumeral 21 que el contratista debe suministrar los insumos que demande la necesidad del proceso de facturación como papelería, tóner, cintas e insumos de oficina, para las unidades intermedias en el servicio de urgencias, colocar impresoras que no sean de punto. y en el subnumeral 25, realizar todos los mantenimientos preventivos y correctivos a los equipos de cómputo, impresoras y demás que sean asignados en comodato por la institución; el cual dio origen a la suscripción del contrato No. 359 de Agosto 10 de 2018, con la empresa DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIONAL DHO S.A.S.. Se adjunta evidencia en medio físicos.</p>
34	<p>Hallazgo No. 34.- Denuncias y/o Derechos de Petición, Debilidades en el pago y/o entrega de dotación al personal. En seguimiento a la denuncia D-007 de 2018, por la no entrega de dotaciones al personal, en seguimiento realizado se evidencia que no se ha realizado la entrega de dotaciones a sus empleados por los años 2016 y 2017, conforme lo establece la normativa. Así las cosas la entidad puede verse inmersa en acciones de carácter administrativo que puedan desencadenar en incidencias disciplinarias.</p>	<p>Programar entrega efectiva de dotaciones a los empleados que tienen derecho por los años 2016 y 2017.</p>		<p>29/06 a 31/12/2018</p>	<p>100% de Dotaciones entregadas.</p>	<p>No. de dotaciones entregadas / total de dotaciones programadas a entregar *100</p>	<p>La gerente informa que de conformidad a las disponibilidades presupuestales existente en la vigencia de 2018, se tramitó la entrega de las dotaciones a los siguientes funcionarios: A tres (3) funcionarios del Programa de enfermedades Transmitidas por Vectores se les entregó las dotaciones del año 2018. A catorce (14) trabajadores oficiales se les entregó dos (2) dotaciones correspondientes al año 2018, quedando pendiente una (1) entrega de dotación de 2018 y la dotación correspondiente a 2017. Al resto de funcionarios de carrera administrativa y de provisionalidad, que tiene derecho a dotaciones, tienen pendiente la entrega de las dotaciones de los años 2016, 2017 y 2018. A los funcionarios que se retiran en su liquidación se les reconoce el pago de las dotaciones a que tienen derecho y se aclara que por limitaciones presupuestales en las vigencias 2016, 2017 y 2018, la entidad no ha contado con las apropiaciones presupuestales suficientes para el pago de las dotaciones de ley a que tiene derecho sus funcionarios.</p>

Del anterior Plan de mejoramiento se puede observar que la Contraloría Municipal encontró 34 hallazgos de los diferentes procesos de la entidad durante la Auditoría regular realizada a la Vigencia 2017, se recomienda incluir las oportunidades de mejora en la concertación de objetivos del año 2019 de los funcionarios de la E.S.E.

### III SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2018

#### 1. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Actividades	Meta o producto	Responsable de Desarrollar las Acciones	Periodo de Ejecución	Tercer informe y Monitoreo a las Acciones. SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2018
Realizar la socialización del código de ética y del buen gobierno al 100% de los funcionarios, dando especial énfasis a los mecanismos de denuncia y de protección al denunciante de actos de corrupción y a las políticas y lineamientos establecidos para el buen gobierno de la entidad	Realizar las socializaciones del código de Ética en las fechas programadas por el comité de calidad en el primer semestre de 2018	Comité de planeación y calidad	01/06/2018	En los meses de septiembre, octubre y noviembre se realizó la segunda jornada de re inducción y socialización del Código de Ética y de buen Gobierno ante los funcionarios y contratistas, según Acta Nro. 006 de fecha 26 de septiembre, Acta No. 018 del 24 de octubre y Acta Nro. 033 del 24 de Noviembre.
	Realizar las socializaciones del código de Buen Gobierno en las fechas programadas por el comité de calidad en el primer semestre de 2018	Comité de planeación y calidad	01/06/2018	
Actualizar el procedimiento que determinen los documentos y requisitos que se deben elaborar para someter a estudio y recomendación del comité de sostenibilidad contable la depuración de valores, que no representan derechos para la entidad, elaborando el respectivo cronograma para sus reuniones ordinarias y socializarlos.	Actualizar y socializar el procedimiento con las áreas respectivas, que dirija la elaboración del expediente (con sus fichas técnicas, documentos soportes respectivos y fechas de presentación) que se deben cumplir para someter a estudio y recomendación del comité de sostenibilidad la depuración de valores contables que no representan derechos para la entidad y elaborar el correspondiente cronograma de las reuniones programadas.	Comité de saneamiento contable	30/04/2018	Dicha actividad se encuentra realizada en el 100%.
Actualizar el procedimiento que determinen los documentos y requisitos que se deben elaborar para someter a estudio y recomendación del comité de sostenibilidad contable la depuración de valores, que no representan derechos para la entidad, elaborando el respectivo cronograma para sus reuniones ordinarias y socializarlos.	Reunir al comité de sostenibilidad contable, con la periodicidad requerida, para el correspondiente estudio y recomendación de los valores que se deben depurar de la información contable.	Comité de saneamiento contable	Trimestral y extraordinariamente cuando la situación lo requiera.	El 27 de diciembre de 2018, mediante acta Nro. 004 del Comité Institucional de Gestión del Desempeño se realizó Depuración Contable de los Activos Fijos de Menor Cuantía registrados en Inventarios contabilizados en la U.S.I. E.S.E. por un valor de \$859, 4 millones.
Establecer e implementar de acuerdo con la normatividad legal vigente, procedimiento mediante el cual se establezcan las etapas que se deben surtir en la liquidación de los contratos de prestación de servicios suscritos con las EPS y demás entidades pagadoras, incluidas las novedades que se presentan con ocasión a la liquidación.	Definir las principales causas que originan la no liquidación oportuna de los contratos suscritos con las entidades pagadoras del SGSSS para elaborar e implementar procedimiento mediante el cual se establezcan las etapas que deben realizarse para la efectiva liquidación de estos contratos.	Facturación, cartera y jurídica.	30/04/2018	Esta actividad se encuentra en proceso de implementación y se han realizado algunos avances con respecto a la liquidación de contratos con las EPS.

Realizar el trámite para que en la vigencia de 2018, todos los funcionarios independientes de su tipo de vinculación con la entidad, tengan anexo en su hoja de vida el formato establecidos por el DAFP para la declaración juramentada de bienes y rentas, debidamente actualizado y el formato del conocimiento del cliente (SARLAFT) diligenciado.	Tener implementado el trámite para que todos los funcionarios de la entidad, independiente de su tipo de vinculación tengan anexo a su hoja de vida el formato establecido por el DAFP para la declaración juramentada de bienes y rentas y el formato del conocimiento del cliente (SARLAFT), debidamente actualizado.	Profesional Especializado de Talento Humano y Profesional universitario área de contratación	Permanente	Además de que se está exigiendo para la posesión de funcionarios y para la suscripción de contratos, se documentó el procedimiento para realizar la verificación de los requisitos en los trámites de vinculación de personal.
Establecer un procedimiento asignando un responsable del área de talento humano, para implementar las actividades de información, liquidación de acuerdo a las normas legales y gestión de información y cobros , coordinando con las áreas de seguridad y salud en el trabajo y financiera (cartera y contabilidad) en creación de cuentas por cobrar, adicionalmente el manejo de ésta información debe alimentar los procesos para toma de decisiones y seguimientos de ausencias frecuentes por ésta eventualidad.	Establecer un procedimiento para implementar las actividades de información, liquidación de acuerdo a las normas legales y para la gestión de información y cobros.	Área de talento humano y comité de calidad	31/03/2018	El Procedimiento se encuentra elaborado, pero continúa pendiente de revisión y ajuste por parte del área de Talento Humano.
	Asignar un funcionario del área de talento humano que se responsabilice de la gestión del proceso, coordinando con las áreas de seguridad y salud en el trabajo y financiera y los respectivos coordinadores de cada servicio, para alimentar los procesos de toma de decisiones por ésta eventualidad	Área de talento humano	Permanente	El funcionario ya se encuentra designado.
Establecer procedimiento por cada tipo y modalidad de contratación de las directrices legales que determinen en forma técnica la realización de los análisis de precios de mercado que conduzcan a obtener el presupuesto base para el respectivo proceso de contratación.	Elaborar, documentar y socializar el procedimiento por cada tipo y modalidad de contratación de las directrices legales que determinen en forma técnica la realización de los análisis de precios de mercado.	Profesional de contratación y comité de calidad.	31/03/2018	El procedimiento fue formulado por el Asesor de Gerencia y se encuentra codificado por el área de Calidad de la E.S.E. y socializado con el área.
En la vigencia 2018, realizar a todos los tipos y modalidades de contratación los análisis de precios de mercado que conduzcan a obtener el presupuesto base para el respectivo proceso de contratación de acuerdo al procedimiento definido.	Realizar los análisis de precios de mercado a la contratación de la vigencia de 2018, de acuerdo al procedimiento establecido por tipo y modalidad de contratación.	Supervisores de los contratos, área responsable de la ejecución del contrato.	Permanente	Se han elaborado los cuadros del precio de mercado, por la técnica Operativa de Almacén.
Establecer la política operacional que establezca con justificaciones jurídicas, financieras, técnicas y funcionales la realización de los procesos de contratación sujetándose a la disponibilidad presupuestal que exista en el momento, para definir la modalidad de contratación (Directa, mínima, menor y mayor cuantía), sin que se configure el fraccionamiento de los contratos.	Documentar la política operacional que establezca con justificaciones jurídicas, financieras, técnicas y funcionales la realización de los procesos de contratación sujetándose a la disponibilidad presupuestal que exista en el momento, para definir la modalidad de contratación (Directa, mínima, menor y mayor cuantía)	Profesional universitaria área de contratación	31/03/2018	La política se encuentra documentada y se colgó en la Intranet de la Entidad y adoptada por su respectivo acto administrativo.

## 2. ESTRATEGIAS DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Diligenciar el trámite para la solicitud de imágenes diagnósticas en el formato establecido y subirlo a la plataforma del SUIIT, para su revisión y hacer los ajustes solicitados para obtener la aprobación.	Realizar el procedimiento de subir a la plataforma del SUIIT, el trámite para la solicitud de exámenes de imágenes diagnósticas, realizando los ajustes que genere su revisión para obtener su aprobación.	Coordinador Médico, Enfermeras Jefes de las unidades intermedias y área de sistemas.	30/06/2018	Procedimiento que se encuentra subido en la plataforma del SUIIT, mediante codificación: 68217 y fue registrado el 25 de octubre de 2018
Elaborar instructivo de orientación de acuerdo a la forma establecida para su prestación por la entidad, garantizando que el usuario debidamente informado puede realizarse el examen, definiéndole las condiciones que se deben cumplir en cuanto a su preparación, horario de atención, los procedimientos de pago, documentación requerida y plazo para requerir el servicio o su cancelación.	Elaborar el instructivo como documento de orientación que responda con efectividad a la información que debe ser conocida integralmente por el usuario de acuerdo a sus necesidades de atención.	Coordinador médico y de odontología y enfermera jefe responsable del servicio de ecografías obstétricas.	31/05/2018	Instructivo elaborado y socializado a los usuarios del servicio, tanto el de odontología como el de Imágenes Diagnósticas.
Diligenciar el trámite para la dispensación de medicamentos en el formato establecido y subirlo a la plataforma del SUIIT, para su revisión y hacer los ajustes solicitados para obtener la aprobación	Realizar el procedimiento de subir a la plataforma del SUIIT, el trámite para la dispensación de medicamentos realizando los ajustes que genere su revisión para obtener su aprobación.	Coordinador Médico, regente y auxiliar de farmacia y área de sistemas.	31/05/2018	Procedimiento que se encuentra subido en la plataforma del SUIIT, mediante codificación: 68281 y fue registrado el 26 de octubre de 2018
Realizar los procedimientos requeridos de capacitación, adecuación de equipos, asignación de personal para la estructuración del proceso, implementación y utilización de la plataforma transaccional del SECOP II, de acuerdo a los requerimientos de aplicabilidad en la entidad.	Se implementará la utilización de la plataforma transaccional del SECOP II, con el fin de articular la gestión contractual de la Entidad como régimen especial a los objetivos del Sistema de Compra pública en cumplimiento de la normatividad	Gerencia y área de contratación	31/12/2018	<b>Pendiente de Implementación</b>
Diligenciar el trámite para la solicitud de terapias en el formato establecido y subirlo a la plataforma del SUIIT, para su revisión y hacer los ajustes solicitados para obtener la aprobación.	Realizar el procedimiento de subir a la plataforma del SUIIT, el trámite para la solicitud de terapias realizando los ajustes que genere su revisión para obtener su aprobación e inscripción.	Coordinación médica, terapeutas y área de sistemas de información.	31/08/2018	Procedimiento que se encuentra subido en la plataforma del SUIIT, mediante codificación: 68233 y fue registrado el 25 de octubre de 2018
De conformidad a los diagnósticos que se realicen en la estructura del sistema de información en cuanto a equipos, hardware, software y conectividad, implementar acciones de mejora que permitan optimizar la funcionalidad que responda a las necesidades administrativas y asistenciales de la entidad.	Utilizar los diagnósticos que se realicen para el área de sistemas para implementar los planes de mejora en estructura (equipos, hardware, software y conectividad) que optimicen la funcionalidad del área para dar respuesta a las necesidades de información de las áreas administrativas y asistenciales.	Gerencia y área de sistemas	31/12/2018	Se realizó la logística en cuanto a la compra del software, parametrización de módulos, compra de equipos, capacitación de funcionarios, quedando pendiente la implementación.

### 3. COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS

Publicar la siguiente información en la página web: Ejecuciones Presupuestales trimestrales, Indicadores de gestión de la vigencia anterior correspondientes a la resolución 743 de 2013 y los indicadores de calidad de la vigencia en forma semestral, Informe de Gestión de la vigencia anterior, Estados financieros de las dos últimas vigencias y trimestrales.	Publicación en la página web de ésta información institucional de interés para los clientes internos y externos de la entidad y para la población en general.	área de sistemas en coordinación con las áreas responsables	01/02/2018 a 31/12/2018	Información publicada en la página web de la E.S.E.
Publicar dentro los términos establecidos toda la contratación institucional y el plan de compras de la vigencia en la página de SECOP para la transparencia del proceso contractual de la entidad.	Información de los procesos contractuales publicada en el SECOP, dentro los términos establecidos.	Coordinador área contratación	Permanente de acuerdo a los requerimientos legales	A 31 de diciembre se encuentra publicada el 100% de la contratación de la entidad.
Presentar oportunamente el 100% de los informes de gestión de acuerdo a los calendarios e instructivos de rendición de informes establecidos por la Contraloría Municipal de Ibagué, la Contraloría General de la República, superintendencia Nacional de Salud, Contaduría General de la República, El Ministerio de Salud y Protección social y Secretarías Departamental y Municipal de Salud.	Informes periódicos de gestión presentados a organismos de control y entes territoriales	coordinadores de área y responsables de la información a reportar	01/02/2018 a 31/12/2018	Presentados oportunamente el 100% en este periodo de evaluación.
Reunión con la asociación de usuarios	Informes de reuniones trimestrales para conocer propuestas para mejorar la prestación de los servicios de salud.	Coordinador área atención al usuario	01/02/2018 a 31/12/2018	Se han realizado oportunamente durante este periodo de evaluación.
Reuniones con el Comité de Participación Comunitaria	Informes mensuales de diálogos con grupos comunitarios de interés para conocer sus necesidades en la prestación de servicios y en la gestión de la entidad	Coordinador área atención al usuario	01/02/2018 a 31/12/2018	El Área de Atención al usuario ha participado en reuniones con la comunidad en los COPACOM (Comités de Participación Comunitaria Municipal), Concejo Territorial en Salud y con las Veedurías del Municipio, atendiendo las PQRS y solicitudes de los usuarios.
Reuniones con la secretaría de desarrollo rural municipal para responder a las necesidades de las comunidades en materia de salud	Reunión mensual con la secretaria de desarrollo rural del municipio para programar eficientemente la prestación servicios con los equipos itinerantes en salud.	Gerencia y enfermeras coordinadores de P y P.	01/02/2018 a 31/12/2018	Proceso mejorado y el cual no requiere reuniones mensuales porque la ESE cuenta con 3 grupos itinerantes móviles y 19 puestos de salud, que han optimizado considerablemente la demanda y prestación de servicios del área Rural.

Elaborar plan de incentivos dirigidos a capacitar la población usuaria y a funcionarios a generar acciones individuales o colectivas para su participación en el proceso de rendición de cuentas de la entidad	Elaboración del plan con su correspondiente cronograma de ejecución	Gerencia y coordinadora de atención al usuario.	01/02/2018 a 31/12/2018	<b>Proceso pendiente de elaboración, implementación y socialización.</b>
Realizar capacitaciones para que los ciudadanos y funcionarios conozcan cómo pueden ejercer el derecho de solicitar la rendición de cuentas en asuntos de su interés, como consultar la información relacionada, como intervenir en el proceso y como evaluar los resultados.	elaborar cronograma de capacitaciones, garantizando su ejecución	Gerencia y coordinadora de atención al usuario.	01/02/2018 a 31/12/2018	A través de reuniones con los usuarios por motivos de comparendos pedagógicos y Comités de Participación Comunitaria se han tratado temas relacionados con los derechos y deberes y rendición de cuentas, se recomienda mejorar este proceso de participación comunitaria y optimizarlo.
Conformar equipo que lidere el proceso de rendición de cuentas	Equipo lider conformado	Gerencia	06/02/2018	Actividad ejecutada en un 100%.
Elaborar diagnóstico de debilidades y fortalezas internas sobre las acciones de Rendición de Cuentas adelantadas en el año inmediatamente anterior	Diagnóstico elaborado y validado por la gerencia.	Equipo lider de rendición de cuentas	13/02/2018	Informe realizado por la gerente y el equipo lider de rendición de cuentas.
Identificar los grupos de interés y sus necesidades de información para focalizar las acciones de rendición de cuentas.	Caracterización de los ciudadanos y grupos de interés e Informe de necesidades de información identificados	Equipo lider de rendición de cuentas	20/02/2018	Actividad realizada y registrada en el Informe realizado por la gerente y el equipo lider de rendición de cuentas..
Realizar la publicidad ante la ciudadanía y grupos de interes para que asistan a la audiencia pública de rendición de cuentas	Informe de resultados de la publicidad realizada para la rendición de cuentas	Equipo lider de rendición de cuentas	01/03/2018 a 27/03/2018	Actividad realizada y registrada en el Informe realizado por la gerente y el equipo lider de rendición de cuentas..
Preparación y valoración de la información para presentar en la rendición de cuentas	Documento de rendición de cuentas elaborado y validado por la gerente.	Gerente, Equipo lider de rendición de cuentas	23/03/2018	El informe fue elaborado, socializado y colgado a la plataforma de las Superintendencia Nacional de Salud.
Establecer objetivos, metas y seguimiento a las actividades para la rendición de cuentas	Informe preparado para programar la rendición de cuentas de la entidad	Gerente, Equipo lider de rendición de cuentas	23/03/2018	Se cumplió con el objetivo al 100%
Selección de acciones para divulgar la información en lenguaje claro	Establecimiento de los medios de divulgación de la información en lenguaje claro de acuerdo a la caracterización de los ciudadanos y grupos de interés identificados.	Gerente, Equipo lider de rendición de cuentas	23/03/2018	La información fue clara, concisa de acceso fácil y comprensible para toda la comunidad asistente
Selección de acciones para promover y realizar el diálogo	Establecer las formas como pueden intervenir los ciudadanos y grupos de interés durante el proceso de rendición de cuentas, para que puedan ser escuchadas sus intervenciones, peticiones, quejas, reclamos o felicitaciones.	Gerente, Equipo lider de rendición de cuentas	23/03/2018	Actividad realizada durante la rendición de cuentas, que permitió la interacción de la comunidad asistente con el equipo lider de rendición de cuentas, dando respuesta a sus inquietudes y propuestas.
Informar en el aplicativo web de la Superintendencia Nacional de Salud la fecha, hora y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas	Reporte de información diligenciada en el aplicativo web de la Superintendencia Nacional de Salud.	Gerencia y Técnico Operativo de Estadística	23/03/2018	Actividad realizada en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud.



Realizar la audiencia pública de rendición de cuentas de acuerdo a lo programado,	Informe de resultados de la rendición de cuentas de la vigencia 2017	Gerente, Equipo lider de rendición de cuentas	27/03/2018	Informe que resume y evidencia la audiencia de rendición de cuentas con planillas de asistencia de la comunidad, realizada por el equipo lider de rendición de cuentas.
Presentar informe de los resultados de la rendición de cuentas en el aplicativo web de la Superintendencia Nacional de Salud	Reporte de informe de resultados en el aplicativo web de la Superintendencia Nacional de Salud	Gerencia y Técnico Operativo de Estadística	Quince (15) días calendario siguientes a la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas	Se presentó informe correspondiente.
Elaboración de planes de mejoramiento para las acciones de rendición de cuentas vigencia 2018	Resultado de ejecución plan de mejoramiento para rendición de cuentas vigencia 2018	Gerencia y Técnico Operativo de Estadística	02/05/2018 a 31/12/2018	<b>Se encuentra pendiente de su elaboración</b>
Elaboración de informe anual de resultados, logros y dificultades	Informe de los resultados de la estrategia de rendición de cuentas de acuerdo a lo programado	Gerencia y Equipo lider de rendición de cuentas	20/12/2018	Informe realizado y presentado.

#### 4. COMPONENTE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Fortalecer al área de atención al usuario para que lidere las mejoras del servicio al ciudadano	Estrategias establecidas e implementadas	Gerencia y comité de planeación	29/06/2018	Se realizó mejoras en el call center en cuanto a estructura procesos y ampliación de líneas telefónicas y se realizan reuniones permanentes con los usuarios en la actividad de comparendos pedagógicos, con el fin de minimizar las inasistencias en el cumplimiento de citas.
Establecer mecanismos de comunicación directa entre las áreas de atención al usuario y la gerencia	Mecanismos establecidos en funcionamiento	Gerencia y comité de planeación	30/04/2018	Se realizan trimestralmente y semestralmente informes de PQRS, se les hace seguimiento y se envían a Gerencia para su conocimiento.
Implementar protocolos de servicio al ciudadano en todos los canales para garantizar la calidad y cordialidad en la atención al ciudadano.	Protocolos elaborados e implementados, validados por el comité de calidad	Coordinador del área de atención al usuario y comité de calidad	31/05/2018	Proceso implementado.
Promover espacios de sensibilización y capacitación para fortalecer la cultura de servicio al interior de las dependencias funcionales como por ejemplo: cultura de servicio al ciudadano, fortalecimiento de competencias para el desarrollo de la labor de servicio, innovación en la administración pública, ética y valores del servidor público.	Cronograma de programación e informes de sensibilización y de capacitación realizados	Área de talento humano y Coordinador área de atención al usuario	31/07/2018	Durante el año 2018 se realizaron actividades de capacitación, sensibilización y humanización a las diferentes dependencias de la E.S.E.
Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos	Informes de resultados de la evaluación de los servidores públicos en su comportamiento e interacción con los ciudadanos	Área de talento humano y coordinador de área de atención al usuario	29/06/2018	<b>Se realizó Evaluación de Desempeño de los funcionarios, está pendiente de realizarse una evaluación especial a los funcionarios con respecto al trato hacia los usuarios.</b>

Establecer un reglamento interno para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos, incorporando mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con el reconocimiento de derecho fundamental a la salud.	Reglamento interno elaborado y validado por el comité de calidad y aprobado por la gerencia	Coordinador área atención al usuario y comité de calidad	29/06/2018	Proceso implementado.
Elaborar mensual, trimestral y semestralmente informes de PQRS para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.	Informes elaborados y analizados por el comité de calidad	Coordinador área atención al usuario y comité de calidad	28/02/2018 Y 31/07/2018	Se realizan trimestralmente y semestralmente informes de PQRS, <b>está pendiente la socialización y análisis con el comité de calidad.</b>
Actualizar manual de atención al usuario, optimizando los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos	Manual de atención al usuario actualizado y validado por el comité de calidad y aprobado por la gerencia	Coordinador área atención al usuario y comité de calidad	31/08/2018	Proceso implementado.
Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido e informar los resultados.	Realizar encuestas y presentar informes mensuales correspondientes	Coordinador área atención al usuario	Mensualmente	Actividad realizada por el Área de Atención al Usuario
Elaborar y presentar informe consolidado trimestralmente de la gestión en PQRS	Elaborar trimestralmente informes sobre las quejas y reclamos, con el fin de mejorar el servicio que presta la entidad y racionalizar el uso de los recursos	Coordinador área atención al usuario	28/02/2018 - 30/04/2018 - 31/07/2018-31/10/2018	Los Informes de PQRS se han publicado dentro de los tiempos establecidos.

#### 5. ACCIONES PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

1.1..1. La descripción de su estructura orgánica, funciones y deberes, la ubicación de sus sedes, secciones y áreas, y sus horarios de atención al público	a) Publicar una descripción de la estructura orgánica actualizada, donde se dé información general de cada sección o dependencia.	Gerencia, Contratista planeación y calidad y área Sistemas	30/04/2018	<b>Está pendiente de publicar la actualización de la plataforma estratégica de acuerdo al proceso de fusión y reorganización de la E.S.E.</b>
	b) Las funciones y deberes de la entidad de acuerdo con su norma de creación o reestructuración. Si alguna norma le asigna funciones adicionales, éstas también se deben incluir en este punto	Gerencia, Contratista planeación y calidad y área Sistemas	Permanentemente	<b>Se encuentran publicados, está pendiente de actualizar de acuerdo al proceso de fusión y reorganización de la entidad.</b>
1.1.2. Su presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011	a) El presupuesto general de ingresos y gastos para la vigencia 2018	Profesional Universitaria de presupuesto, comité de planeación y área Sistemas	30/04/2018	El presupuesto general de ingresos y gastos para la vigencia 2018 se encuentra publicado.

	b) Publicar la información histórica detallada de la ejecución presupuestal aprobada y ejecutada de ingresos y gastos anuales. La información que reposa debe ser al menos de los últimos dos (2) años anteriores al año en ejercicio, con corte a diciembre del periodo respectivo.	Profesional Universitaria de presupuesto y área Sistemas	30/04/2018	Información publicada en la página web de la E.S.E.
1.1.3. Un directorio que incluya el cargo, direcciones de correo electrónico y teléfono del despacho de los directivos, coordinadores y jefes de área que desempeñan estos cargos en la entidad.	Publicar en formato accesible y reutilizable, el directorio de información actualizada de los directivos, coordinadores y jefes de área, incluyendo aquellos que laboran en las sedes funcionales, con la siguiente información la cual se debe actualizar cada vez que se vincula o desvincula uno de estos servidores públicos: a. Nombres y apellidos completos. b. Empleo, cargo que desempeña c. Dirección de correo electrónico institucional d. Teléfono Institucional y extensión correspondiente.	Profesional especializado área talento humano y área sistemas	30/04/2018 y actualizado cada vez que se vinculen o desvincule uno de estos servidores públicos.	Información publicada en la página web de la E.S.E.
1.1.4. Todas las normas generales y reglamentarias, políticas, lineamientos y manuales.	a) Todas las normas generales y reglamentarias con vínculo al ministerio de salud	Comité de planeación y profesional área sistemas	31/12/2018	Información publicada en la página web de la E.S.E.
	b) Publicar sus manuales y planes, tales como: 1. Manuales según sea el caso. (Manual de SARLAFT). 2. Planes institucionales( Plan de desarrollo y plan de acción, )	Gerencia, Comité de planeación y área sistemas	Dentro los cinco (5) días hábiles siguientes a que se obtengan los resultados y mantenerlos publicados hasta que pierdan vigencia.	Se encuentran publicado en la página web de la entidad el Manual del Usuario, para la solicitud de citas, el manual de funciones, el plan de acción 2018, manual de contratación y manual del SARLAFT.
1.1.5. El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de conformidad con el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011	Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano antes del 31 de Enero de 2018	Gerencia, Comités de Planeación, Calidad, Oficial de cumplimiento y área Sistemas	31/01/2018	Información publicada en la página web de la E.S.E.
1.2. Publicación y divulgación de la siguiente información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.	Establecer los siguientes productos para su divulgación y publicación en su página web y otros medios de divulgación y publicación:			
1.2.1 Publicación de la siguiente información relacionada con la estructura orgánica y el talento humano de la entidad.	Publicar la oferta de empleos, incluyendo la convocatoria para los servicios a proveer por prestación de servicios.	Gerente, Profesional especializado área talento humano, técnico de contratación y área sistemas	Permanentemente	Proceso publicado en página web y Facebook de la E.S.E.
	Publicar los resultados de los procesos de selección, dentro de la semana respectiva	Gerente, Profesional especializado área talento humano, técnico de	Permanentemente	La publicación de la convocatoria fue realizada por la CNSCde la Función Pública.

		contratación y área sistemas		
	Listado de los cargos provistos a través de concursos liderados por la Comisión Nacional del Servicio Civil con el enlace respectivo a esta entidad para obtener mayor información.	Profesional especializado área talento humano y área sistemas	Cuando se presente la novedad	Se dio a conocer la lista de elegibles y todos realizaron carta de aceptación y se han posesionado 19.
1.2.2. La siguiente información de la entidad relacionada con la planeación, debe estar publicada y agrupada en una misma sección del sitio web:	Publicar el informe de empalme del representante legal, cuando haya un cambio del mismo.	Gerente, Técnico Estadística y área de sistemas	Dentro los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha presentación de los resultados.	No aplica en la vigencia por no presentarse cambio en el representante legal de la Entidad que implique la realización y presentación de informes de empalme.
1.2.3. La siguiente información de la entidad relacionada con los informes, planes de mejoramiento, entes y mecanismos de supervisión y control debe estar publicada y agrupada en una misma sección del sitio web	a) Publicar los informes del Sistema de Control Interno.	Gerente, Profesional área de control interno y área sistemas	30/04/2018 y Dentro los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación del respectivo informe	Todos los informes se encuentran publicados dentro de los términos establecidos.
1.2.3. La siguiente información de la entidad relacionada con los informes, planes de mejoramiento, entes y mecanismos de supervisión y control debe estar publicada y agrupada en una misma sección del sitio web	b) Publicar los Planes de Mejoramiento vigentes exigidos por entes de control externos. De acuerdo con los hallazgos realizados por el respectivo organismo de control,	Gerente, Coordinadores y jefes de área y área sistemas.	Dentro los diez (10) días hábiles siguientes a la elaboración del respectivo plan de mejoramiento.	Los planes de Mejoramiento de la Contraloría Municipal se encuentran publicados en la página web de la E.S.E.
1.2.4. Publicar la siguiente información mínima requerida de que tratan los artículos 9°, 10 y 11 de la Ley 1712 de 2014, relacionadas con la gestión documental	La publicación del programa de gestión documental de la entidad	Gerente, comité Archivo, Auxiliar área archivo y área sistemas	31/05/2018	El Programa Gestión Documental se encuentra publicado en la página web en el link de Gestión Documental, está pendiente de enviar al Concejo Departamental del Archivo EL PGD.
	La publicación de las tablas de retención documental.	Gerente, comité Archivo, Auxiliar área archivo y área sistemas	31/05/2018	<b>Pendiente de aprobación y publicación.</b>
2.1.1. Cumplir con la normatividad del sistema de información de gestión del empleo público SIGEP	Gestionar la aplicabilidad del reporte de información de los empleados de planta fija, temporal y de contratista de prestación de servicios en el SIGEP	Profesional Especializado de Talento Humano	31/05/2018	El personal de Talento humano tiene reportada su hoja de vida en el SIGEP, están pendiente los de contrato.

- Según seguimiento al Plan Anticorrupción, algunas acciones quedaron pendientes de realizar en la vigencia 2018, se recomienda ejecutar dichas tareas en el año 2019, e incluirlas en la concertación de Objetivos del año 2019.

INFORME RESUMEN ACITVADES - METAS PLAN DE ACCION 2017

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	FORMULA INDICADOR			VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
						NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO		
1	a) Elaborar cronograma para la programación de los diagnósticos a realizar a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios en cada vigencia	Cronograma elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
2	b) Elaborar lista de chequeo para obtener el diagnóstico de las actividades que se deben ejecutar por cada una de las etapas del plan de manejo de residuos hospitalarios.	Lista de chequeo elaborada y validada por el comité de residuos hospitalarios.	Lista de chequeo elaborada y validada	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
3	c) Realizar en el 2017 mediante lista de chequeo evaluación a todos los puntos de segregación y acopio de los residuos, existentes en las sedes funcionales de la entidad, determinando y evidenciando las fortalezas y debilidades y posteriormente realizar evaluaciones anuales a las unidades intermedias de salud y centros de salud.	Informe de resultados del diagnóstico realizado a los puntos de segregación y acopio programados de acuerdo a cronograma de la respectiva vigencia.	No diagnósticos realizados en cada periodo (trimestral y/o anual) / Total del diagnósticos programados en el periodo (trimestral y/o anual) * 100	Obtener el 100% del diagnostico institucional	SI	4	4	100%	1.92%	100%
4	a) Elaborar cronograma anual para la socialización de los diagnósticos realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios en cada vigencia.	Cronograma anual elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
5	b) Realizar en cada vigencia la socialización de los resultados del diagnóstico de residuos hospitalarios con los funcionarios de las sedes respectivas y elaborar el plan de mejoramiento correspondiente	Informe de socialización del diagnóstico realizado a los funcionarios de los puntos de segregación y acopio programados de acuerdo a cronogramas respectivos	No diagnósticos socializados en cada periodo (trimestral y/o anual) / Total del diagnósticos programados en el periodo (trimestral y/o anual) * 100.	Socializar al 100% de los funcionarios	SI	4	4	100%	1.92%	100%
		Realizar en cada vigencia el plan de mejoramiento que se requiera de acuerdo a las debilidades detectadas por sede funcional en el diagnóstico	No de planes de mejoramiento realizados por sede funcional que lo requiera (trimestral y/o anual) / total de planes de mejoramiento requeridos (trimestral y/o anual) *100	100% de planes de mejoramiento requeridos	SI	1	1	100%		
6	c) Elaborar anualmente cronograma para el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales en cada vigencia	Cronograma anual elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios.	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
7	d) Realizar el seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales en cada vigencia	Informe de resultados al seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento realizados a las sedes funcionales en cada vigencia	No. De informes de seguimiento y evaluación realizados a los planes de mejoramiento en el periodo (Trimestral y/o anual) / total de planes de mejoramiento realizados en el periodo (trimestral o anual) * 100.	Seguimiento y evaluación al 100% de los planes de mejoramiento	SI	1	1	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
8	e) Elaborar el plan de separación de residuos hospitalarios en su origen y su reciclaje a los no peligrosos, para que sea ejecutado por todos los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales permanentemente.	Plan de separación de residuos hospitalarios en su origen y su reciclaje a los no peligrosos, elaborado y aprobado por el comité de residuos hospitalarios.	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
			Informe de resultados al seguimiento y evaluación al plan de separación de residuos hospitalarios y su reciclaje a los no peligrosos en las sedes funcionales.	No. De servicios evaluados donde se separan los residuos en el origen y se reciclan los residuos no peligrosos en el año / No. Total de servicios evaluados en el mismo periodo	100%	SI	21	21		
9	f) Elaborar un diagnóstico de consumos de agua en M3 y de energía en kilovatios de la vigencia 2016, por cada punto de atención	Diagnóstico de consumos elaborado	No. De puntos de atención con diagnóstico de consumos de agua en M3 / Total de puntos de atención con matrícula de consumos de agua *100	100%	SI	21	21	100%	1.92%	100%
			No. De puntos de atención con diagnóstico de consumos de energía en Kv / Total de puntos de atención con matrícula de consumos de energía *100	100%	SI	21	21	100%		
10	a) Revisión y adaptación de protocolos y guías del MSPS relacionadas con enfermedades cardiovasculares para brindar un servicio diferenciado para la atención de pacientes crónicos.	Protocolos y Guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardiovasculares revisadas, adaptadas y validadas por el comité de calidad.	No. De protocolos y guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardiovasculares, revisadas y adaptadas en la unidad de salud de ibague / Total de protocolos y guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardiovasculares definidas por el comité de calidad de la unidad de salud de ibague* 100	25% de guías y protocolos revisados, adaptados e implementados	SI	2	2	100%	1.92%	100%
11	b) Elaborar el plan anual para avanzar hacia la implementación de la ruta de promoción y prevención y ruta de atención de pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardio-vascular, debidamente articulado con el ente territorial	Plan anual elaborado para la implementación de la ruta de promoción y prevención de pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardio-vascular. Debidamente articulado con el ente territorial	Plan anual elaborado, validado y articulado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
12	c) Elaborar cronograma para socializar los protocolos y guías adaptadas, relacionadas con enfermedades cardio vasculares para la atención diferencial de los pacientes crónicos y el plan anual para avanzar en la implementación de la ruta de P y P..	Cronograma elaborado y validado por la gerencia	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
13	d) Avanzar hacia la implementación de las rutas de atención integral para la atención de los pacientes crónicos, articulados con el ente territorial..	Grado de avance en la implementación de las rutas de atención integral de los pacientes crónicos de acuerdo a la articulación con el ente territorial..	No. De rutas implementadas para la atención integral de los pacientes crónicos / total de rutas programadas a implementar por el comité de calidad de la institución *100	25% de rutas implementadas	SI	1	1	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
14	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca diferencialmente las siguientes acciones para el cuidado de la mujer en edad fértil: 1. Durante la asesoría en salud sexual y reproductiva. 2. con intención reproductiva (Cuidado y atención preconcepcional). 3. sin intención reproductiva o que solicita un método de anticoncepción. 4. en edad reproductiva, encaminado a la prevención, detección y seguimiento a las mujeres con infecciones de transmisión sexual. 5. en edad reproductiva, encaminado al control de riesgo, prevención, detección temprana y vigilancia del cáncer de cuello uterino y de mama	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
15	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial a la mujeres en edad fértil	No. De mujeres en edad fértil atendidas	Nº de mujeres atendidas en edad fértil / Nº de mujeres en edad fértil captadas.	25%	SI	12895	12895	100%	1.92%	100%
16	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca diferencialmente las siguientes acciones para el cuidado de la mujer gestante: 1. Para la preparación del ambiente físico y emocional para el encuentro con la mujer gestante que acude a solicitar el servicio. 2. Para la identificación e inscripción de las gestantes al control prenatal. 3. para la asignación de las Consultas de control y seguimiento. 4. Para la educación y la preparación de la maternidad y paternidad. 5. Para la valoración de la mujer gestante y su hijo por nacer, identificación de los riesgos de la gestante, establecer las conductas que se deben seguir, determinación de diagnósticos y necesidades de la gestante que requieren ser satisfechas y Planeación y ejecución de los cuidados propuestos	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
17	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial a la mujer gestante	No. De mujeres gestantes atendidas	Nº de mujeres gestantes atendidas / Nº de mujeres gestantes.	25%	SI	2561	2561	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
18	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca las siguientes acciones para la atención diferencial de salud materno perinatal para la mujer: 1. Durante la admisión en la sala de trabajo de parto. 2. Admitida en proceso de trabajo de parto. 3. Durante el proceso del nacimiento. 4. Para el cuidado de la mujer y su recién nacido durante el puerperio. 5. Para la valoración de la mujer gestante como sujeto de cuidado, identificación de los riesgos reales y potenciales y la clasificación de los mismos y la selección del sitio de atención, determinación de diagnósticos y necesidades de la gestante que requieren ser satisfechas para determinar las conductas que se deben seguir y Planeación y ejecución de los cuidados propuestos	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
19	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial de salud materno perinatal para la mujer	No. De mujeres del ciclo de salud materno perinatal para la mujer atendidas	Nº de mujeres y/o recién nacidos atendidos / Nº mujeres y/o recién nacidos que requieren la atención la atención de salud materno perinatal.	25%	SI	382	382	100%	1.92%	100%
20	Capacitar a todo el personal asistencial en la búsqueda activa de los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles desde cualquier servicio.	Personal asistencial capacitados para canalizar y captar los usuarios sintomáticos con enfermedades transmisibles	No de funcionarios asistenciales capacitados en la búsqueda activa de pacientes sintomáticos / total de funcionarios asistenciales responsables x 100	100%	SI	127	127	100%	1.92%	100%
21	Registrar en la base de datos institucional los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados.	Registro de pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados	No. pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados registrado en la base de datos en cada vigencia / total de pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados en la correspondiente vigencia	100%	SI	306	306	100%	1.92%	100%
22	Ordenar a todos los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles los exámenes de diagnóstico correspondientes.	Realizar las pruebas correspondientes a los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles captados por la USI.	Numero de pacientes que se les realiza la prueba / numero de pacientes captados sintomáticos * 100	100%	SI	304	306	99%	0.00%	0%
23	El personal del laboratorio clínico debe notificar oportunamente los pacientes con resultado positivo	Pacientes positivos notificados	No de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia notificados / total de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia *100	100%	SI	8	8	100%	1.92%	100%
24	La auxiliar de enfermería debe inscribir al programa correspondiente a los pacientes notificados por el laboratorio con resultado positivo	Pacientes positivos inscritos en programa correspondiente	No de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia inscritos en programa correspondiente / total de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia *100	100%	SI	8	8	100%	1.92%	100%
25	Aplicar el protocolo correspondiente para garantizar el tratamiento y seguimiento a todos los pacientes positivos	Tratamientos iniciados	Numero de pacientes que inician el tratamiento / numero de pacientes captados positivos.	100%	SI	8	8	100%	1.92%	100%

NO SE CUMPLIO



No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
26	Elaborar cronograma de capacitación para todo el personal asistencial responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores	Gestionar elaboración de cronograma de capacitación	Cronograma elaborado y validado por comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
27	Realizar las capacitaciones requeridas por todo el personal responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores.	Capacitar al personal asistencial en la aplicación de la norma técnica.	Nº de personal asistencial capacitado / total personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
28	Evaluar la adherencia del personal asistencial responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores en la aplicación de la norma técnica correspondiente.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías y protocolos para la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores en la aplicación de la norma técnica correspondiente.	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	20%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
29	Identificar por informes estadísticos y epidemiológicos, las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	Primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	Cuadro estadística de las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
30	Mantener ajustadas y actualizadas a las normas técnicas las guías de atención, que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes	Guías de atención de las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad ajustadas y actualizadas a la norma técnica	Guías de atención ajustadas y actualizadas a la norma técnica de las primeras causas de morbilidad /total de primeras causas de morbilidad definidas por el comité de calidad según el perfil epidemiológico.	100%	SI	3	3	100%	1.92%	100%
31	Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal responsable.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías de atención que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	127	127	100%	1.92%	100%
32	Aplicar en los programas correspondientes las guías en todos los puntos de atención urbana y rural, para garantizar la atención integral para los niños, niñas, adolescentes de acuerdo a su morbilidad.	Lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes captados, con el cumplimiento de las guías de manejo.	Numero de niños, niñas y adolescentes atendidos integralmente con el cumplimiento de la guía / Numero de niños, niñas y adolescentes captados.	20%	SI	22721	22721	100%	1.92%	100%
33	Identificar por informes estadísticos y epidemiológicos, las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	Primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	Cuadro estadística de las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
34	Mantener ajustadas y actualizadas a las normas técnicas las guías de atención, que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores.	Guías de atención de las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad ajustadas y actualizadas a la norma técnica	Guías de atención ajustadas y actualizadas a la norma técnica de las primeras causas de morbilidad /total de primeras causas de morbilidad reportadas estadísticamente.	100%	SI	2	2	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
35	Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal responsable.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías de atención que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	127	127	100%	1.92%	100%
36	Aplicar en los programas correspondientes las guías en todos los puntos de atención urbana y rural, para garantizar la atención a los adultos mayores de acuerdo a su morbilidad.	Lograr la atención integral de los adultos mayores captados, con el cumplimiento de las guías de manejo.	Numero de adultos mayores atendidos integralmente con el cumplimiento de la guía/ Numero de adultos mayores captados.	10%	SI	4338	4338	100%	1.92%	100%
37	Realizar convenio con el SENA para que se programen capacitaciones para la prestación de un servicio de salud humanizado y con calidad	Convenio Capacitación perfeccionado	Evidenciar convenio realizado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
38	Elaborar estrategias y cronograma de capacitaciones para garantizar que los funcionarios realicen gradualmente las capacitaciones programadas	Cronograma elaborado	Cronograma validado por calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
39	Evaluar mediante procesos de auditoria al personal que labora en la entidad para evidenciar la prestación de los servicios humanizados y con calidad	Realizar evaluación al personal para la prestación de servicio humanizado y con calidad	Numero de servidores evaluados / total de servidores de la E.S.E.	100%	NO	0	0	0%	0.00%	0%
40	Garantizar que en forma objetiva se apliquen encuestas de satisfacción al 5% de los usuarios atendidos en cada servicio.	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la entidad.	total de pacientes satisfechos / total pacientes encuestados	83%	SI	19739	20350	97%	1.92%	100%
41	Mantener debidamente conciliada y reconocida la cartera con las EAPB y entes territoriales	Actas de conciliación de cartera debidamente firmadas por las partes	Actas de conciliación firmadas /Actas de conciliación que se deben suscribir de acuerdo a los contratos suscritos * 100	50%	SI	11262955832	17815502613	63%	1.92%	100%
42	Depurar los estados financieros, mediante el retiro de cartera glosada incobrable definida en las actas de conciliación y liquidación.	Realizar los ajustes en el balance general	Actos administrativos de aprobación	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
43	Lograr un mejoramiento gradual de la gestión de recaudo de la facturación reconocida por venta de servicios	incrementar los recaudos sobre total de ingresos reconocidos en cada vigencia por venta de servicios	Valor Recaudado por venta de servicios / Facturación reconocida por venta de servicios * 100	81%	NO	20686980206	26830272129	77%	0.00%	0%
44	Gestionar el mejoramiento de las condiciones tarifarias en la contratación de prestación de servicios con las EAPB	Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia	No. De Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia / total de contratos suscritos en la vigencia anterior *100	100%	SI	4	4	100%	1.92%	100%
45	Mejorar las condiciones logísticas y operacionales posibles para aumentar el recaudo en las actividades de Promoción y Prevención.	Establecer e implementar plan operativo que contemple control de metas, capacitación a los facturadores, ajuste y parametrización de Isoftware, estrategias para mejorar la demanda inducida .	numero de acciones realizadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia/ total de acciones programadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
46	Gestionar con el Municipio y el Departamento – Secretarías de Salud, la contratación y ejecución de las actividades y acciones en salud pública.	Gestión para la suscripción de contratos para actividades de salud pública	Contratos suscritos	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%

NO SE CUMPLIO

NO SE CUMPLIO

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
35	Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal responsable.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías de atención que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	127	127	100%	1.92%	100%
36	Aplicar en los programas correspondientes las guías en todos los puntos de atención urbana y rural, para garantizar la atención a los adultos mayores de acuerdo a su morbilidad.	Lograr la atención integral de los adultos mayores captados, con el cumplimiento de las guías de manejo.	Numero de adultos mayores atendidos integralmente con el cumplimiento de la guía/ Numero de adultos mayores captados.	10%	SI	4338	4338	100%	1.92%	100%
37	Realizar convenio con el SENA para que se programen capacitaciones para la prestación de un servicio de salud humanizado y con calidad	Convenio Capacitación perfeccionado	Evidenciar convenio realizado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
38	Elaborar estrategias y cronograma de capacitaciones para garantizar que los funcionarios realicen gradualmente las capacitaciones programadas	Cronograma elaborado	Cronograma validado por calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
39	Evaluar mediante procesos de auditoría al personal que labora en la entidad para evidenciar la prestación de los servicios humanizados y con calidad	Realizar evaluación al personal para la prestación de servicio humanizado y con calidad	Numero de servidores evaluados / total de servidores de la E.S.E.	100%	NO	0	0	0%	0.00%	0%
40	Garantizar que en forma objetiva se apliquen encuestas de satisfacción al 5% de los usuarios atendidos en cada servicio.	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la entidad.	total de pacientes satisfechos / total pacientes encuestados	83%	SI	19739	20350	97%	1.92%	100%
41	Mantener debidamente conciliada y reconocida la cartera con las EAPB y entes territoriales	Actas de conciliación de cartera debidamente firmadas por las partes	Actas de conciliación firmadas /Actas de conciliación que se deben suscribir de acuerdo a los contratos suscritos * 100	50%	SI	11262955832	17815502613	63%	1.92%	100%
42	Depurar los estados financieros, mediante el retiro de cartera glosada incobrable definida en las actas de conciliación y liquidación.	Realizar los ajustes en el balance general	Actos administrativos de aprobación	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
43	Lograr un mejoramiento gradual de la gestión de recaudo de la facturación reconocida por venta de servicios	Incrementar los recaudos sobre total de ingresos reconocidos en cada vigencia por venta de servicios	Valor Recaudado por venta de servicios / Facturación reconocida por venta de servicios * 100	81%	NO	20686980206	26830272129	77%	0.00%	0%
44	Gestionar el mejoramiento de las condiciones tarifarias en la contratación de prestación de servicios con las EAPB	Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia	No. De Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia / total de contratos suscritos en la vigencia anterior *100	100%	SI	4	4	100%	1.92%	100%
45	Mejorar las condiciones logísticas y operacionales posibles para aumentar el recaudo en las actividades de Promoción y Prevención.	Establecer e implementar plan operativo que contemple control de metas, capacitación a los facturadores, ajuste y parametrización de Isoftware, estrategias para mejorar la demanda inducida .	numero de acciones realizadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia/ total de acciones programadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
46	Gestionar con el Municipio y el Departamento – Secretarías de Salud, la contratación y ejecución de las actividades y acciones en salud pública.	Gestión para la suscripción de contratos para actividades de salud pública	Contratos suscritos	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%

NO SE CUMPLIO

NO SE CUMPLIO

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2017	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
47	Realizar seguimiento al plan de austeridad en los gastos de funcionamiento de la entidad	Plan de Austeridad elaborado y ejecutado	Plan elaborado y ajustado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
48	Obtener excedentes operacionales en cada vigencia	Lograr excedentes operacionales de la ESE en cada vigencia	Resultado operacional de la vigencia / resultado operacional de la vigencia anterior	2%	SI	250388224	36369130	688%	1.92%	100%
49	Realizar el diagnostico de los software asistencial y administrativo para evaluar su funcionalidad de acuerdo a la metodología de evaluación de aplicaciones	Obtener el diagnóstico de la funcionalidad de los software administrativo y asistenciales de acuerdo a metodología establecida	Diagnostico elaborado	1	SI	1	1	0%	1.92%	100%
50	Proponer las acciones de mejora que garantice mayor rendimiento para la integralidad, oportunidad y seguridad de la información o en caso contrario proponer su cambio-	Actualizaciones en los módulos de los software o cambio de los mismos	Nº de módulos con actualizaciones certificadas / Nº de módulos con solicitud de actualización y/o cambio del sistema	50%	SI	5	5	100%	1.92%	100%
51	Conectar de acuerdo a los estándares del Ministerio de las TIC los servicios prestados por la USI (software administrativo y asistencial) Asegurando que se interconecten de manera efectiva y sin errores de sincronización	Realizar la conexión de todos los puntos de atención de la zona urbana.	Nº de puntos de atención de la zona urbana conectados a la red / Total de puntos de atención de la zona urbana.	40%	SI	20	23	87%	1.92%	100%
52	Realizar plan de mantenimiento de los equipos que garanticen tiempos de acceso, respuesta y control	Plan de mantenimiento implementado para el cumplimiento de las metas de cada vigencia	No de equipos con mantenimiento realizado / Total de equipos en funcionamiento	40%	SI	71	385	18%	0.00%	0%
									92.3%	92.3%

NO SE CUMPLIO

- La anterior calificación de 9.3, fue modificada por la **SUPERSALUD**, arrojando una calificación de 86,56%, para que el indicador en el Plan de Gestión obtuviera un porcentaje de 0, 5, la evaluación del Plan de Acción debía estar por encima del 90%.
- Se recomienda calificar el Plan de Acción del 2018 para verificar si las actividades pendientes se cumplieron, e incluir dentro de la Concertación de Objetivos de la Evaluación del Desempeño de los funcionarios Responsables de su cumplimiento

## RECOMENDACIONES:

Debido al incumplimiento en la planeación institucional y que ha repercutido en la **Calificación del Plan Gerencial** según Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018(3.12) y al gran número de hallazgos emitidos por la Contraloría Municipal y Supersalud, nos permitimos realizar las siguientes recomendaciones:

1. Incluir en la Concertación de Objetivos de la Evaluación del Desempeño, el cumplimiento de cada uno de los indicadores de todos los planes de la entidad (Planeación Institucional): Plan de Gestión según Resolución 408 de 2018, Plan de Desarrollo USI E.S.E, Plan de Acción del 2019, Plan Anticorrupción, Planes de Mejoramiento de la Contraloría Municipal y de la Supersalud; teniendo que en cuenta que dicho incumplimiento ha generado baja calificación en la Evaluación Gerencial toda vez, que dicho incumplimiento genera sanciones disciplinarias, fiscales, administrativas y penales.
2. Incluir en las actividades de los contratistas responsables, el cumplimiento de los indicadores de la Planeación Institucional de la E.S.E.
3. Calificar **Deficiente** en la Evaluación del Desempeño a los servidores públicos que incumplan con las metas, indicadores, y no respondan oportunamente las solicitudes, peticiones, informes, etc.
4. No certificar a los contratistas que incumplan con estas acciones e indicadores que se encuentren incluidas en su contrato.
5. Tener en cuenta en la Contratación a los contratistas que cumplan actividades y obligaciones y demuestren su compromiso con la entidad.
6. Incluir dentro de la **Concertación de Objetivos** de la U.S.I. E.S.E., el seguimiento periódico, análisis, cumplimiento y exposición de cada indicador del Plan de Gestión según Resolución 408 de 2018 y los demás planes de la entidad, incluyendo los planes de Mejoramiento.
7. Incluir dentro del Plan de Capacitación institucional, formación a los líderes de procesos y personal de las áreas que presenten mayor número de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora.
8. Realizar el Proceso de Reorganización de la entidad de manera urgente, con el fin de estandarizar los procesos y definir a los Responsables de los mismos.
9. Además, se recomienda aportar a la Oficina de Control y Planeación Interno un reporte trimestral del avance del plan de mejoramiento individual que incluya el avance a cada una de las oportunidades de mejora.

10. La información que sea solicitada y no sea reportada dentro de los términos y que conlleven al incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de los derechos, funciones y prohibiciones como también violaciones del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses y que sean reiterativas o recurrentes y también las que no se responden, sin importar el motivo, ya que la norma no hace excepciones, deben remitirse a la Oficina de Control Disciplinario, según Ley 1755 de 2015, CAPITULO II, Artículo 31. Falta disciplinaria. La falta de atención a las peticiones y a los términos para resolver, la contravención a las prohibiciones y el desconocimiento de los derechos de las personas de que trata esta Parte Primera del Código, constituirán falta para el servidor público y darán lugar a las sanciones correspondientes de acuerdo con el régimen disciplinario.

Cordial saludo,



ORLANDO ALFARO GALEANO

Contratista Apoyo a la Gestión Planeación y C.I



OLGA ESPERANZA GONZALEZ CUELLAR

Asesor de Control Interno