

Medellín, 15 de febrero de 2021

Doctor
HECTOR JAIME GARRO YEPES
Gerente
ESE Hospital La María
La Ciudad

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA
RADICADO No. **I2021-00078**
CORRESPONDENCIA INTERNA
FECHA: 2021-02-15 15:04:46
RADICÓ: **MONICA MARIA LONDOÑO**
BETANCOURT



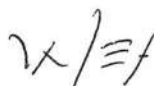
Asunto: Informe de Gestión Oficina de Control Interno Vigencia 2020

Cordial saludo doctor Garro Yepes.

Por medio de la presente nos permitimos hacer entrega formal del informe de gestión realizada en la vigencia 2020, por la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital la María, enmarcados en los 5 principales roles de esta oficina, con sus comentarios y recomendaciones.

Agradecemos la atención a la presente.

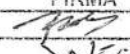
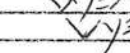
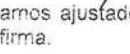
Atentamente,



WILLIAM ECHAVARRIA LOTERO
Asesor de control interno

Anexo lo enunciado.

Con copia: Doctor Héctor Jaime Garro Yepes, gerente.
Doctora María Manuela Vasco Cadavid, Oficina de comunicaciones

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTO	Richard Uribe Camargo Asesor de Apoyo a Control Interno		15-02-2021
REVISÓ	William Echavarría Lotero Asesor de Control Interno		15-02-2021
APROBO	William Echavarría lotero Asesor de Control Interno		15-02-2021

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

RECIBIDO
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ESE HOSPITAL LA MARÍA DE MEDELLÍN INFORME DE LABORES DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL

ASESOR DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:	WILLIAM ECHAVARRIA LOTERO	Período evaluado: Enero- diciembre de 2020
		Fecha de elaboración: Febrero 15 de 2021

La Oficina de Control Interno en cumplimiento del literal e) del Artículo 2.2.21.2.5, deben verificar la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana.

Corresponde a estas oficinas presentar antes del 28 de febrero de cada año el informe ejecutivo anual del Sistema al representante legal de la entidad, quien a su vez lo remitirá al Consejo Asesor en esta materia, en los términos del literal c) del artículo 2.2.21.2.2 del presente decreto.

De acuerdo lo anterior, se presenta el informe del estado del Sistema de Control Interno de la ESE Hospital La María, en el marco del Modelo Estándar de Control Interno-MECI 2014, con base en el anexo técnico del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

1. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1. TALENTO HUMANO.

1.1.1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos.

El protocolo ético de la María es su código de integridad.

El Gobierno nacional mediante Decreto 1499 de 2017, en su Artículo 2.2.22.2.1 indicó que “las políticas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998, formuladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y los demás líderes, se denominan Políticas de Gestión y Desempeño Institucional y comprenderán, entre otras, de acuerdo al numeral 4, la política de Integridad para las Entidades Públicas. Por lo anterior el Jefe de Personal y Nómina de la Institución se acoge al “código general” o “código tipo” que definió el Departamento Administrativo de la Función Pública, que denominó **código de Integridad** y en el cual se establecieron unos mínimos de integridad homogéneos para todos los servidores públicos del país.

Este protocolo se definió y socializó en el año 2019, con aspectos que en el año 2020 fueron valorados y destacados desde la función pública; el protocolo además de los 5 valores definidos a nivel nacional, también definió un valor para generar ese diferencial de la institución, anexando “humanización” como el sexto valor del código

“Los antiguos manuales de ética de las corporaciones pasaron luego por constituirse en los códigos de ética, luego en un alcance con mayor visión se llamaron códigos del buen gobierno y para el sector oficial estos se han convertido hoy en el código de ética, que se direcciona

desde el modelo integrado de planeación y gestión para todas las empresas del estado y que rige para todos los servidores públicos. El antiguo CODIGO DE ETICA, hoy ya convertido en CÓDIGO DE INTEGRIDAD, trae valores que hablan del ADN del Hospital y también de características de la cultura organizacional, con enfoques en usuarios y familia, que profundiza en la humanización del servicio y la calidad de los mismos, diferenciadores que propende la actual administración". (tomado del PEGTH 2021 – ESE HLM). Actualmente la ESE Hospital La María según Resolución No 315 del 28 de mayo de 2019, se adopta el código de Integridad, con sus valores; cada valor tiene un código de comportamiento, está asociado a unas actuaciones y tiene su propio color, todo ello socializado en el 2019-2020 y reforzado en la actualidad.

Ver: evidencia de su socialización.



Una vez surtido todo el proceso para acogerse a este Código de Integridad, se adoptó por la Institución mediante acto administrativo y se socializo con todos los funcionarios de las distintas áreas.

El código de integridad de la ESE Hospital La María es el siguiente:

HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

RESPETO: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

COMPROMISO: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

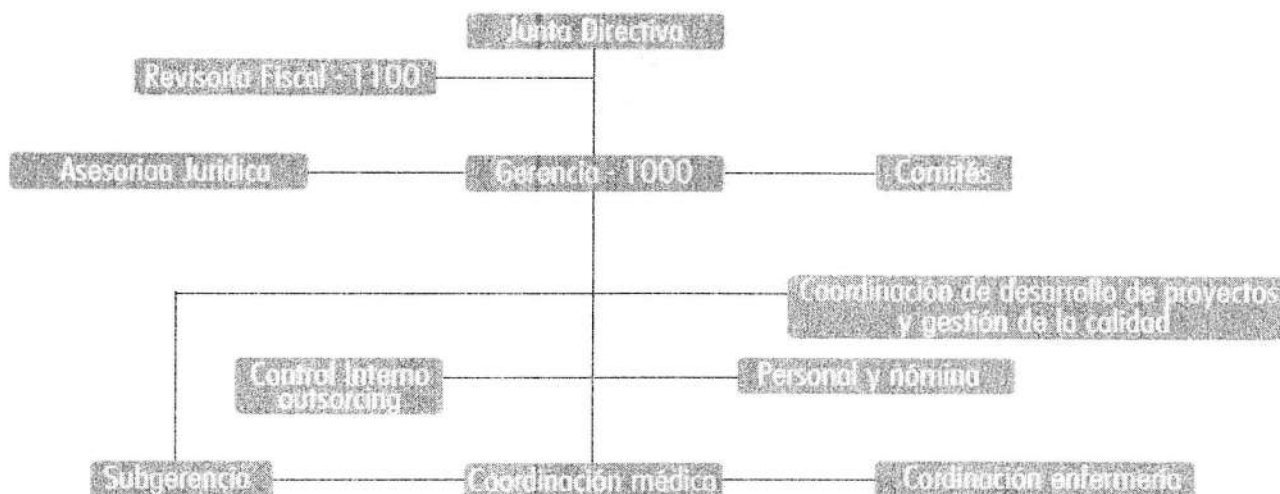
DILIGENCIA: Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

JUSTICIA: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

HUMANIZACIÓN: Tengo la capacidad y disposición de ponerme en la situación de los pacientes, familiares y acompañantes para brindarles la mejor experiencia en la prestación del servicio de salud, a través de la práctica

1.1.2. Desarrollo del Talento humano.

1.1.2.1. Manual de Funciones y competencias laborales.



Estructura propuesta para aprobación por Junta Directiva y Asamblea Departamental

Estructura ESE Hospital La María



La ESE Hospital La María tiene una estructura organizacional que no corresponde a su realidad; es el acuerdo 014 del año 2007, el cual tiene serios problemas legales y de obsolescencia por lo que la institución viene trabajando en una modernización de su estructura, ya socializada con la Junta Directiva.

Para el año 2021, con la asesoría del DAFP, La ESE HLM modernizará su estructura lo que conlleva una actualización de su planta de personal, de su manual de funciones e incluso de su reglamento institucional.

Hoy la institución, está desactualizada en todos estos documentos.

Reglamento interno – acuerdo 07 del año 2006.

Manual de funciones – acuerdo 10 de octubre de 2017.

Establecimiento de planta de personal- acuerdos 013 de 2018, 012 de 2019, 06 de 2020.

Es de anotar que la ESE HLM no cuenta con una escala salarial definida y que todos estos documentos deben ajustarse a la normatividad y los cambios de los últimos años.

1.1.2.2. Plan Institucional de Formación y Capacitación.

Cada año el Hospital aprueba antes del 31 de enero, los planes del decreto 612 del 2018 y entre ellos se aprueba el plan de formación y capacitación; así lo hizo en el 2020 por medio de la resolución 025 y en el año 2021 por medio de las resoluciones 0449 de diciembre del 2020 y de la resolución 031 de enero del 2021, donde además de aprobar el plan de formación y capacitación se aprueban los demás planes de Gestión Humana.

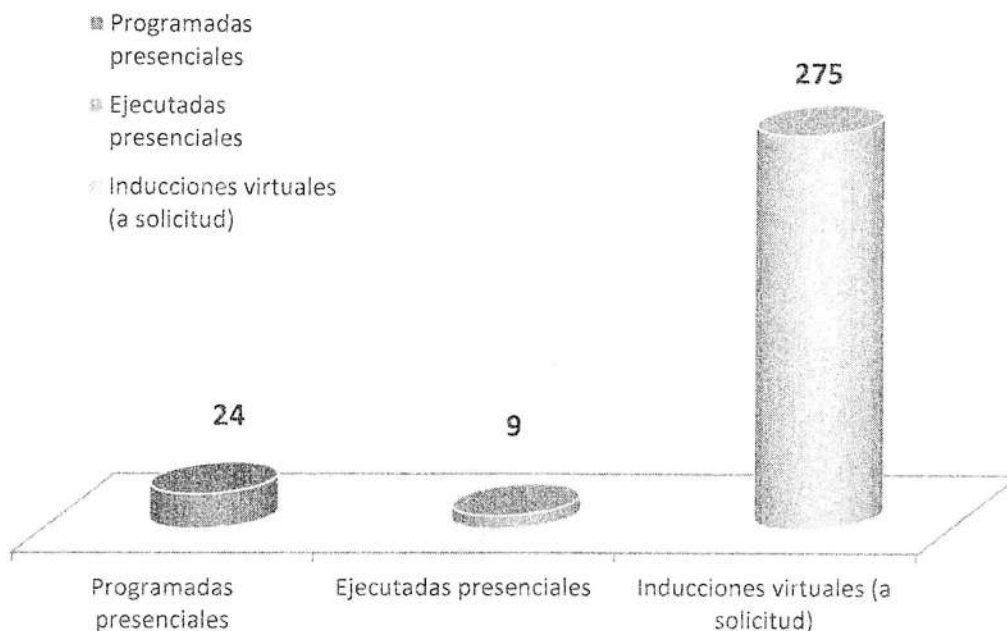
1.1.2.2.1. Programa de inducción y reinducción.

El Programa de Inducción – Reinducción de la ESE Hospital La María tiene como objetivo, dar una orientación general a los nuevos empleados sobre la planeación estratégica institucional, la estructura organizacional, políticas, reglamento interno de trabajo características y funciones del cargo, que le permitan a éste tener un conocimiento previo del hospital facilitando su adaptación e incentivando su sentido de pertenencia, así como reforzar y dar a conocer a los antiguos servidores públicos, los cambios en la información básica de la organización y del cargo desempeñado.

La ESE Hospital La María dentro de su proceso de Inducción y Re-inducción que se realizan dos veces al mes, una el primer día hábil y la otra el tercer martes, se alcanzaron a realizar 9 charlas de las 24 programadas, esto por los temas actuales de la pandemia COVID-19, debido a esto se implementó la inducción virtual, esta se realiza a demanda, las instituciones, incluyendo el hospital; envían un correo haciendo la solicitud de la misma y se responde con un instructivo y con el link de la inducción, la evaluación y la encuesta de satisfacción que deben ser respondidas para poder hacer entrega de la certificación. Estas van dirigidas a Estudiantes de Universidades con las cuales la Institución tiene convenios Docente-Asistencial, Personal de la ESE Hospital, Personal de empresas que contratan la ejecución de procesos administrativos y asistenciales con la entidad.

Cuando las personas realizan la inducción, se verifica el resultado de la evaluación, la encuesta de satisfacción y se procede a realizar un certificado de la misma, donde se certifica que cumplió a cabalidad con el proceso de la inducción o reinducción, este certificada es enviado a cada persona a su correo electrónico, es de aclarar que este anteriormente no se entregaba.

Inducciones Generales



CERTIFICADO

La E.S.E. Hospital La María certifica que

SHEILA CATHERINE GODOY MARTÍNEZ

C.C. 53.930.762

Corporación Universitaria Remington

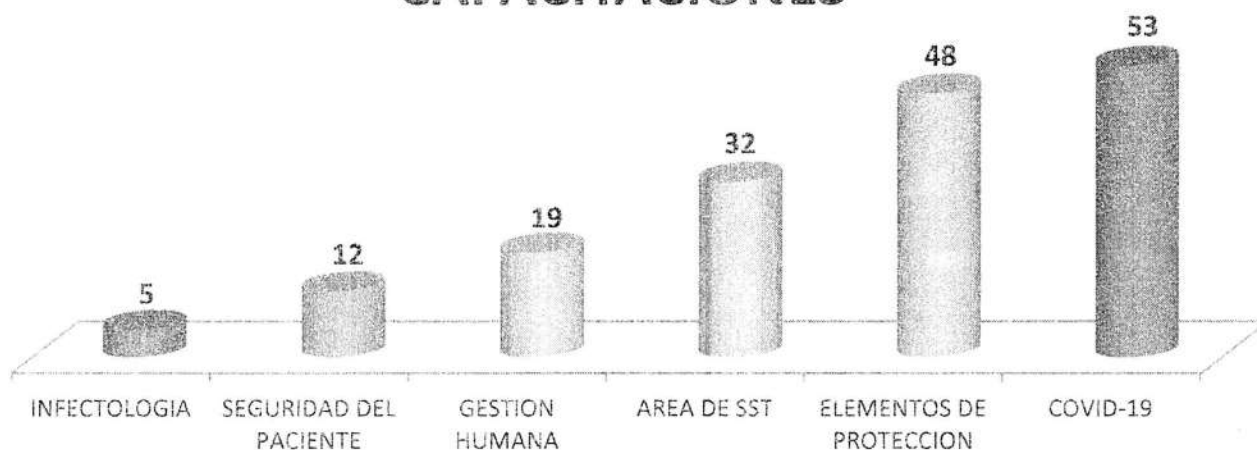
Realizo la inducción dirigida por el área de formación durante el periodo enero de 2021



1.1.2.2.2. Capacitaciones:

De un total de 76 capacitaciones que programó la Institución, se realizaron 169 dirigidas a todo el personal que prestan sus servicios a la ESE Hospital La María, incluyendo temas relacionadas con la pandemia COVID-19 de estas 19 capacitaciones se realizaron virtuales y fueron proporcionadas por el área de Gestión Humana, y 150 se realizaron por el área asistencial por parte del jefe de enfermería.

CAPACITACIONES





Las capacitaciones, en especial las que orientaron sobre COVID- uso de elementos de protección cubrieron al 100% del personal, así como a personal rotante, tanto de ingreso como de salida, cubrieron personal de planta, contratistas y personal de agremiaciones en varios campos así:

Gráfica. Presentación suministrada por Gestión Humana.

Fuente: director de Gestión Humana
Elaboro: Carlos Mario Salazar Bermúdez
Capacidad de la ESE- corte a sept-2020

					RECURSO HUMANO POR SERVICIO			
Grupo	Código	Servicio	Capacidad	TOTAL RH	planta	agremiados	contratistas	otra mod.
Internación	101	GENERAL ADULTOS	97	135	23	70	2	40
	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	10	26	2	16	2	6
	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	47	99	7	56	11	25
Quirúrgicos	203	CIRUGÍA GENERAL	4	53	11	34	4	4
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA		0				
	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL		2			2	
	206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA		2			2	
	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA		11	1	10		
	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA		1			1	
	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA		1			1	
	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA		2		2		
	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA		2		2		
	215	CIRUGÍA UROLÓGICA		9	1	8		
	217	OTRAS CIRUGÍAS - NO ONCOLÓGICO		27	1	25		1
	234	CIRUGÍA DE TÓRAX		5		3	2	
	241	TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEOMUSCULAR		0				

Consulta Externa	301	ANESTESIA	16	15		13	2	
	302	CARDIOLOGÍA		4	1	3		
	304	CIRUGÍA GENERAL		4	2	2		
	308	DERMATOLOGÍA		2			2	
	312	ENFERMERÍA		16	6	8	2	
	320	GINECOBISTRICA		1			1	
	321	HEMATOLOGÍA		0				
	323	INFECTOLOGÍA		3	3			
	328	MEDICINA GENERAL		19	2	15	2	
	329	MEDICINA INTERNA		8		6	2	
	331	NEUMOLOGÍA		1			1	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		2	1		1	
	335	OFTALMOLOGÍA		1				1
	337	OPTOMETRÍA		1				1
	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA		3	1	2		
	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA		1		1		
	342	PEDIATRÍA		0	0			
	344	PSICOLOGÍA		4	1	1	1	1
	355	UROLOGÍA		3		3		
	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - NO ONCOLÓGICO		6	4		2	
	368	CIRUGIA DE TÓRAX		1			1	
	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA		1		1		
	372	CIRUGIA VASCULAR		1		1		
	387	NEUROCIRUGÍA		1			1	
	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL		1			1	
Urgencias	501	SERVICIO DE URGENCIAS	1	76	18	48	8	2
Transporte Asistencial	601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	1	6	3	3		
Transporte Asistencial	602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	1	2	0	2		
Apoyo Diagnóstico y Complementari	701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	1	2	1	1		
	703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		2	1	1		
	704	NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPÍA		3		3		
	706	LABORATORIO CLÍNICO		15	3	6	4	2
	708	UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA		4		4		
	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		5	1	4		
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		4	2	2		
	713	TRANSFUSION SANGÜINEA		6		6		
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO		2		2		
	719	ULTRASONIDO		29	3	24	2	
	729	TERAPIA RESPIRATORIA		4				4
	732	ECCARDIOGRAFÍA		13		13		
	739	FISIOTERAPIA		1				1
Procesos	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	1	5	1	4		
TOTALES				663	105	410	60	88

1.1.2.3. Programa de bienestar social.

La Institución cuenta con un Plan de Bienestar e Incentivos que se reactivó después de muchos años y que desde el 2018, se ha venido ejecutando en la organización con excelentes resultados reconocidos por los empleados.

Se inició mediante Resolución 122 del 27 de marzo de 2018, en el 2019 se contó con la resolución 48, en este año se reactivaron todos los comités incluyendo el de Bienestar con una alta participación conformándose un comité del año 2019 al 2021- en el año 2020 la resolución 024 fue el direccionador de todos los elementos de bienestar y de todos los incentivos, los cuales se aplican acorde a la reglamentación y luego de ser aprobados en el respectivo Comité.

La Institución ESE Hospital La María cuenta con un Comité de Bienestar Social e Incentivos, fue creado mediante la Resolución N. 0000233 de noviembre 10 de 2017, y adopto su reglamento por la resolución 117 de marzo 23 de 2018, completadas y modificadas por las resoluciones 442 de 2018 y 244 de 2019.

El Comité de Bienestar, participó en la elaboración y aprobación del primer Plan de Acción Anual de Bienestar Social e Incentivos en el año 2018, al interior de la ESE Hospital La María, de conformidad con el literal H del artículo 16 de la ley 909 de 2004. El plan se presentó a la gerencia en marzo de 2018; para febrero de 2019, se aprueba el segundo Plan de Bienestar Social e Incentivos en mutuo acuerdo del Comité de Bienestar Social, y en diciembre de 2019, se realiza reinducción y evaluación del plan de Bienestar e incentivos direccionada con la gerencia, insumos que determinan el tercer plan de bienestar 2020, para el mes de diciembre de 2020 se presenta el cuarto plan de bienestar e incentivos para el año 2021 aprobado por comité de bienestar y gerencia.

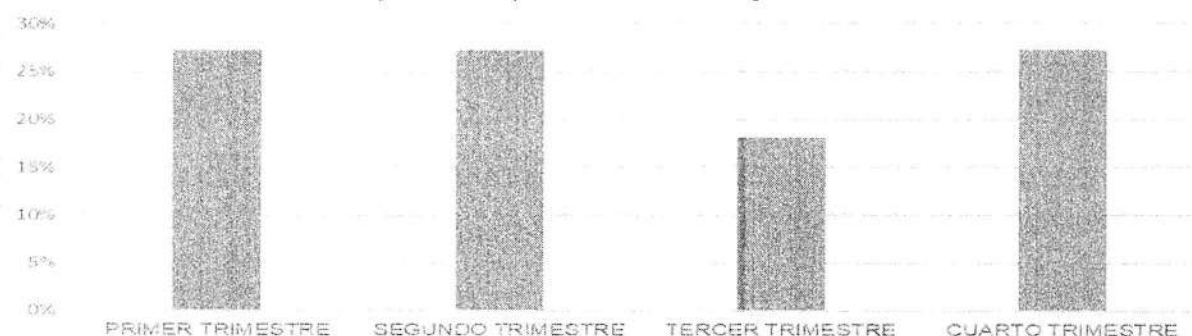
Con base a la encuesta de necesidades de bienestar, se programaron varias actividades entre las cuales estaban actividades deportivas, promoción y prevención, clima organizacional, trabajo en equipo, y se implementa el programa de entorno laboral saludable, se incorporó una buena práctica relacionada con Bienestar e Incentivos; debido a la pandemia COVID-19, muchas de los beneficios programados así como varias capacitaciones debieron ejecutarse de forma virtual y otras reprogramarse para el año siguiente, ya que por protocolos de bioseguridad no se podían tener aglomeraciones y menos en nuestra institución.

A continuación, se relacionan algunas las actividades realizadas durante la presente vigencia:

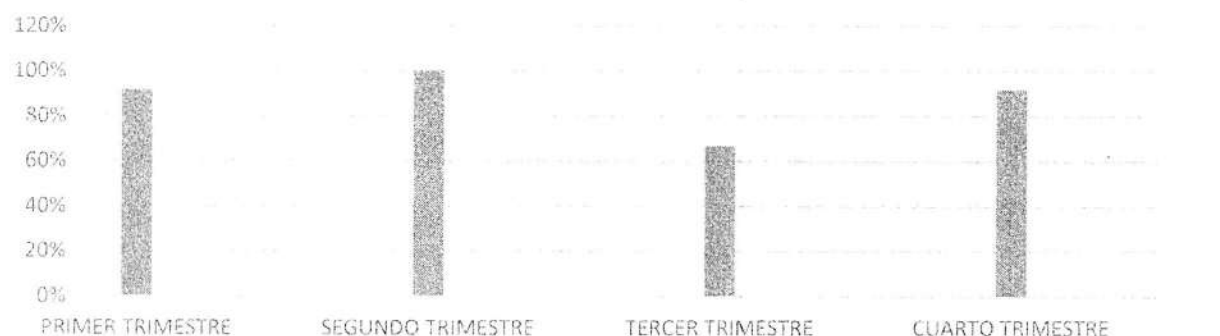
- Realización del Plan de Formación y Capacitación.
- Actualización del Plan de Bienestar e Incentivos
- Realización de actas de reuniones
- Actualización del Reglamento
- Coordinación de la celebración del Día del Contador
- Coordinación de la celebración del Día de la Mujer
- Coordinación de la celebración del Día del Hombre
- Coordinación de la celebración del Día de la secretaria.
- Coordinación de la celebración del Día del Enfermero/ra y día del Medico(a).

- Coordinación de la celebración del Día de la Madre
- Coordinación de la celebración del Día del Padre
- Celebración de la semana de la salud.
- Celebración Cumpleaños del Hospital
- Celebración día del niño
- Celebración Día del Servidor Público
- Celebración Día de la Familia
- Coordinación de actividades de Bienvenida a la navidad
- Coordinación Actividad de navidad para los funcionarios – decoración y entrega de souvenir y detalles de fin de año.

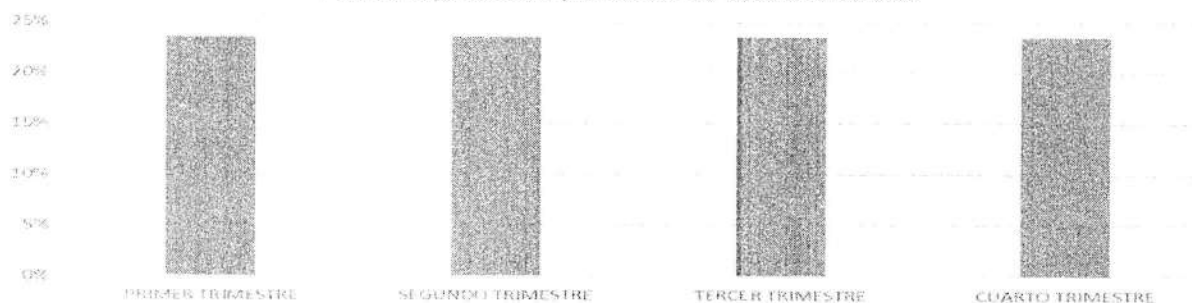
Porcentaje de cumplimiento al cronograma de comité



Porcentaje de asistencia de los integrantes del comité



Porcentaje de cumplimiento de las actividades



INDICADORES DE SEGUIMIENTO COMITÉ DE BIENESTAR 2020

No	INDICADOR	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL	META
1	Porcentaje de cumplimiento al cronograma de comité	27%	27%	18%	27%	100%	90%
2	Porcentaje de asistencia de los integrantes del comité	92%	100%	67%	92%	88%	90%
3	Porcentaje de cumplimiento de las actividades	24%	24%	24%	24%	96%	90%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO						94%	90%

1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

1.2.1. Planes, Programas y proyectos.

1.2.1.1. Planes de la entidad.

La ESE Hospital dio cumplimiento en su totalidad a lo estipulado en el Decreto 612 de 2018, con la publicación en la página web de la ESE Hospital, de los doce (12) Planes Institucionales que se deben publicar a más tardar el 31 de enero de cada año y estos son:

- Plan Institucional de Archivo-PINAR
- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Institucional de Capacitación
- Plan de Incentivos Institucionales
- Plan de Trabajo anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Plan estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones- PETI
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información
- Plan de previsión de Recursos Humanos
- Plan Estratégico de Talento Humano
- Plan Anual de Vacantes

1.2.1.2. Misión, Visión de la ESE Hospital.

Misión

Somos una Empresa Social de Estado del orden departamental, comprometida con la responsabilidad social, que presta servicios de salud de alta y mediana complejidad; mediante una atención segura, humanizada y con calidad, a través de una gestión transparente y adecuada de los recursos; enfocándose en el mejoramiento continuo, la satisfacción del usuario, la familia y la comunidad; avanzando en la docencia, la investigación y el desarrollo científico de los funcionarios y colaboradores.

Visión

La ESE Hospital La María para el año 2030, será un hospital universitario reconocido nacional e internacionalmente en la prestación integral de los servicios de salud, destacándose su experiencia y conocimiento en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y crónicas, con un recurso humano de alto desempeño y una infraestructura moderna y segura.

1.2.1.3. Objetivos Corporativos

Los objetivos corporativos plasmados en el Plan de desarrollo de la ESE Hospital La María para el período 2020-2023, son los que a continuación se describen:

- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la E.S.E de acuerdo a su desarrollo y recursos disponga.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y su funcionamiento.
- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad.
- Fomentar la investigación científica, entendida como el trabajo creativo llevado a cabo a través de proyectos de forma sistemática para incrementar el volumen de los conocimientos humanos, culturales y sociales y el uso de esos conocimientos para derivar nuevas aplicaciones.
- Propender por el desarrollo continuo del talento humano.

1.2.1.4. Planes, Programas y Proyectos.

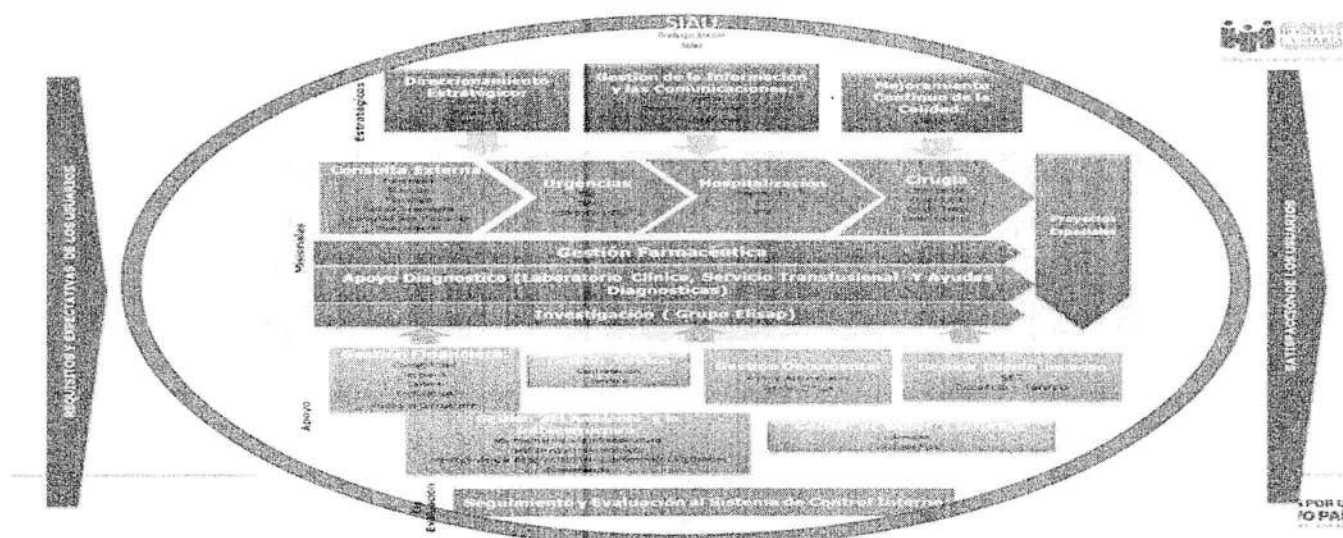
La ESE Hospital La María tiene contemplado en su Plan de Desarrollo 2020- 2023, ocho líneas estratégicas, para darles cumplimiento se propusieron unos componentes, programas, indicadores de resultado, producto y proyectos, que se vienen ejecutando y que se espera se cumplan al finalizar la gestión de esta administración.

En cuanto a algunos indicadores la ESE Hospital viene cumpliendo la meta propuesta como es el caso de la satisfacción de los usuarios que este año ha subido y se encuentra en el 95% en el año 2020

1.2.2. Modelo de operación por procesos.

1.2.2.1. Mapa de Procesos.

La ESE Hospital La María cuenta con el mapa de procesos que establece los diferentes niveles de operación por procesos, el cual de acuerdo con el crecimiento y funcionamiento de la institución cuenta con la siguiente estructura, que permite clasificar el nivel de los procesos de acuerdo con el detalle que requiera su descripción, como apoyo al desempeño de las actividades propias de cada cargo y a los lineamientos estratégicos de la ESE.



Grafica 1. Documento "Modelo de Gestión por Procesos" de Planeación del Hospital La María.

De acuerdo a la información suministrada por la Oficina de Planeación y Calidad de la Institución, este documento Modelo será acogido por la Institución por Resolución.

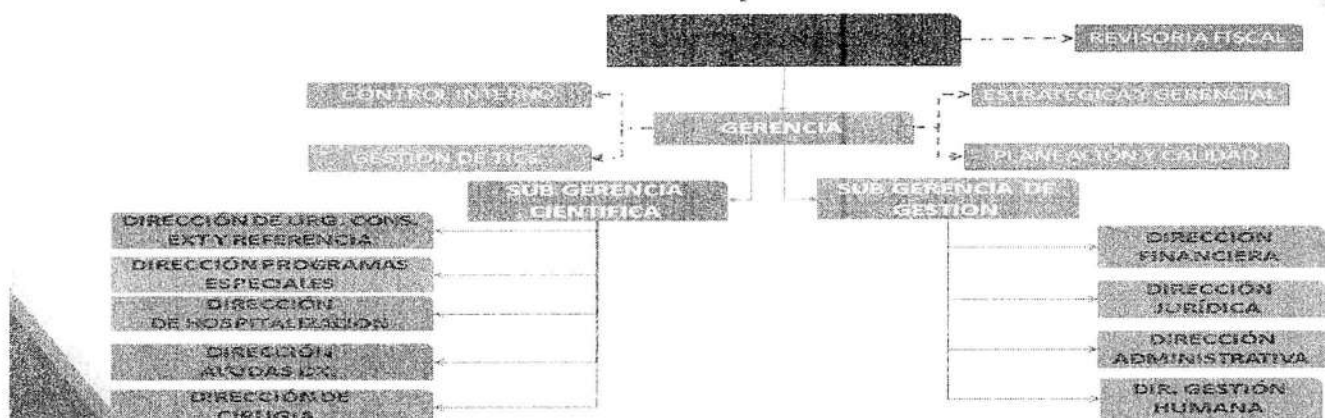
1.2.2.2 Estructura funcional y propuesta para aprobación.

Estructura del acuerdo 14 del 2007



Estructura propuesta para aprobación por Junta Directiva y Asamblea Departamental

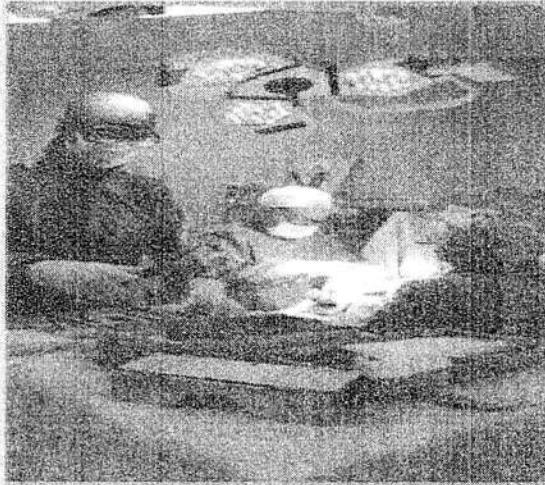
Estructura ESE Hospital La María



1.2.2.3 SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA

El Hospital La María, es el único hospital público departamental de tercer nivel de atención que presta servicios de salud, de mediana y alta complejidad, a los municipios el área metropolitana y a los 115 municipios del departamento de Antioquia.

Su capacidad instalada está distribuida así:



SEDE PRINCIPAL
Calle 92 EE No 67-61
Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: 541 444-7192

SEDE FLORESTA
Calle 46 y 81-53
Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: 313-552-3467
Tel: 313-344-1562

PORTAFOLIO DE SERVICIOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA

CIRUGIA

- Cirugía General
- Cirugía Ginecológica
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Neurológica
- Cirugía Ortopédica
- Cirugía Otorrinolaringológica
- Cirugía Uroterinológica
- Cirugía Plástica y Estética
- Cirugía Vascular y Angiológica
- Cirugía Urológica
- Cirugía de Tórax
- Neurocirugía
- Otros Clínicos no Oncológicos

HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS UCI

UNIDAD CUIDADOS INTERMEDIA ADULTOS UCI

FISIOTERAPIA

CONSULTA

- Medicina Interna - General
- General Adultos
- Ortopedia - Traumatología
- Ginecología
- Anestesia
- Oncología
- Especialidades no Oncológicas
- Psicología
- Urología
- Oftalmología
- Cardiología
- Dermatología
- Otorrinolaringología
- Enfermería
- Infectología
- Neumología
- Nutrición y Dietética

SERVICIOS DE APOYO

- Radiología e Imágenes Diagnósticas
- Endoscopia
- Ecografía
- Tomografía
- Diagnóstico Cardiovascular
- Ecocardiografía
- Tratamiento Sangre
- Terapia Respiratoria
- Servicio Urgencias
- Transporte Asistencial Básico
- Transporte Asistencial Medicalizado
- Neumología - Fibrobroncoscopia
- Laboratorio Clínico
- Banco de Muestras

1.2.2.4 Divulgación de los Procedimientos.

La Institución cuenta con unos Manuales de Procedimientos, Protocolos y Guías Clínicas de atención, que son de conocimiento de los líderes de los diferentes procesos y en algunos casos son divulgados en la Página Web Institucional. Con la implementación del nuevo Programa DINAMICA GERENCIAL, es necesario hacer una actualización de todos los procedimientos y de algunos protocolos, para que se ajusten al nuevo programa.

1.2.2.5 Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas.

El siguiente análisis se realiza considerando el foco estratégico No 6 del plan de desarrollo el cual define usuarios satisfechos y acompañamiento en la atención, adicionalmente se verifica las metas descritas para los indicadores de:

- 90% de Cumplimiento del cronograma de reuniones de la liga de usuarios
- 90% de Cumplimiento del cronograma del Comité de Ética Hospitalaria.
- 80% Grado de conocimiento de los derechos y deberes del cliente interno.
- 95% de satisfacción de los usuarios.
- 100% de cuidadores participa en Programa de seguridad de algún modo
- Disposición de recomendar los servicios en un 90%

Se verifica el cumplimiento de la circular 008 de 2018, el cual define la normatividad para la oficina de atención al usuario de la ESE Hospital la María, el cual muestra el siguiente resultado:

Con un promedio 103 PQRSDF mensuales, se observa que es bajo comparado con el número total de atenciones realizadas en los diferentes servicios de consulta externa y hospitalización.

Mes	P	% Peticiones	Q	% Quejas	R	% Reclamos	S	% Sugerencias	D	% Denuncias	F	% Felicitaciones	TOTAL PQRS
Ene	83	49,7	7	4,2	51	30,5	7	4,2	0	0,0	19,0	11,4	167
Feb	65	41,9	8	5,2	70	45,2	4	2,6	0	0,0	8,0	5,2	155
Mar	49	60,5	10	12,3	14	17,3	2	2,5	0	0,0	6,0	7,4	81
Abr	24	39,3	5	8,2	15	24,6	6	9,8	0	0,0	11,0	18,0	61
May	20	20,2	15	15,2	52	52,5	3	3,0	0	0,0	9,0	9,1	99
Jun	24	39,3	8	13,1	23	37,7	2	3,3	0	0,0	4,0	6,6	61
Jul	21	28,8	15	20,5	30	41,1	0	0,0	0	0,0	7,0	9,6	73
Ago.	65	48,9	6	4,5	59	44,4	0	0,0	0	0,0	3,0	2,3	133
Sep.	63	52,5	10	8,3	38	31,7	2	1,7	0	0,0	7,0	5,8	120
Oct	51	44,7	15	13,2	34	29,8	1	0,9	0	0,0	13,0	11,4	114
Nov	32	28,3	19	16,8	36	31,9	5	4,4	0	0,0	21,0	18,6	113
Dic	17	30,9	11	20,0	17	30,9	1	1,8	0	0,0	9,0	16,4	55

INDICADORES DE OPORTUNIDAD

Como se puede evidenciar en el cuadro siguiente, el único mes donde no se cumplió fue el mes de enero con un porcentaje de oportunidad del 22,1, que estuvo por encima de los 15 días incumpliendo lo preceptuado en el artículo 15 de la Ley 1437 de 2011. Pero los demás meses si, como se describe a continuación:

Mes	Numerador	Denominador	Valor	Meta
Ene	2894	131	22,1	15
Feb	4096	274	14,9	15
Mar	909	106	8,6	15
Abr	508	48	10,6	15
May	301	84	3,6	15
Jun	157	55	2,9	15
Jul	373	47	7,9	15
Ago.	894	131	6,8	15
Sep.	970	120	8,1	15
Oct	1043	125	8,3	15
Nov	1124	101	11,1	15
Dic	529	80	6,6	15

INDICADOR DE RESPUESTA A LA SATISFACION GLOBAL

Con respecto a la satisfacción global, como se puede observar en encima del 90%, y a partir del mes de julio se incrementó a un 95% siendo este indicador muy bueno por los resultados obtenidos durante todo el año. Se destaca en este resultado, que la satisfacción aumentó este año por la calidad y el acceso a los servicios de salud, por la oportunidad, y por ende muchos pacientes sienten que les prestaron los servicios esperados y la experiencia fue la mejor.

Como lo manifesté anteriormente esta la satisfacción tiene una relación directa con las quejas y reclamos que los usuarios de los servicios que ofrece la institución,

Expresan a través de los buzones dispuestos para tal fin, de la Página Web o de manera directa con los funcionarios de Atención al usuario, el correo electrónico y el teléfono.

Mes	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	No resp	TOTAL	% DE SATISFAC	Meta
Ene	79	55	2	0	0	0	136	99%	90%
Feb	85	51	1	0	0	0	137	99%	90%
Mar	89	46	2	0	0	0	137	99%	90%
Abr	67	65	4	2	0	0	138	96%	90%
May	75	80	5	0	0	0	160	97%	90%
Jun	72	60	10	1	2	0	145	91%	90%
Jul	74	66	5	0	1	0	146	96%	95%
Ago.	92	92	3	0	0	0	187	98%	95%
Sep.	97	48	2	0	0	1	148	98%	95%
Oct	95	45	0	0	0	0	140	100%	95%
Nov	132	73	3	0	1	0	209	98%	95%
Dic	121	75	0	0	0	0	196	100%	95%

De acuerdo al plan de participación social en salud definido por el ministerio de salud en la ESE Hospital La María se dio cumplimiento al cronograma establecido, entre los cuales se encuentra, el 90% de cumplimiento de las reuniones del comité de ética y la asociación de usuarios, a continuación, se presenta el indicador del comité de ética:

Periodo	Numerador	Denominador	Valor
PRIMER TRIMESTRE	2	11	18%
SEGUNDO TRIMESTRE	3	11	27%
TERCER TRIMESTRE	3	11	27%
CUARTO TRIMESTRE	2	11	18%
TOTAL			91%

RECOMENDACIONES

- De acuerdo Plan de mejoramiento se mejoró la ubicación de la oficina de atención al usuario, la cual hoy está en ingreso principal de la ESE Hospital la María y no se cuenta con un plan definido en toda la institución para eliminar las barreras de accesibilidad.
- Efectuar los ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047.
- Recomendar al gerente que incluya dentro del Presupuesto de la presente vigencia recursos para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece.
- Publicar la siguiente información en lugares visibles (diferentes al medio electrónico) y de fácil acceso al ciudadano: Localización física de sede central y sucursales o regionales, horarios de atención de sede central y sucursales o regionales, teléfonos de contacto, líneas gratuitas y fax, carta de trato digno, listado de trámites y servicios, responsable (dependencia o nombre o cargo) de la atención de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias, correo electrónico de contacto de la Entidad
- Fortalecer la Página Web e implementar línea 01-8.000 para atención al usuario.
- Garantizar la disposición de mecanismos para recibir y tramitar las peticiones interpuestas en lenguas nativas o dialectos oficiales de Colombia, diferentes al español.

1.2.1. Estructura organizacional.

1.2.1.1. Estructura de la ESE Hospital La María. (Organigrama)

La ESE Hospital La María en la actualidad cuenta con 154 personas en su planta global, que es insuficiente para cumplir con su misión institucional y es por ello que ha tenido que recurrir a la contratación de personal por diferentes modalidades como la prestación de servicios, por Outsourcing o con agremiaciones. Comportamiento del personal que labora en la ESE

Hospital a través de las diferentes modalidades:



RECURSO HUMANO POR SERVICIO

TOTAL RH	planta	agremiados	contratistas	otra mod.
135	23	70	2	40
26	2	16	2	6
99	7	56	11	25
53	11	34	4	4
0				
2			2	
2			2	
11	1	10		
1			1	
1			1	
2		2		
2		2		
9	1	8		
27	1	25		1
5		3	2	
0				
15		13	2	
4	1	3		
4	2	2		
2			2	
16	6	8	2	
1			1	
0				
3	3			
19	2	15	2	
8		6	2	
1			1	
2	1		1	
1				1
1				1
3	1	2		
1		1		
0	0			
4	1	1	1	1
3		3		
6	4		2	
0				
1			1	
1		1		
1			1	
1			1	
76	18	48	8	2
6	3	3		
2	0	2		
4	4			
2	0	2		
2	1	1		
2	1	1		
3		3		
15	3	8	4	2
4		4		
5	1	4		
4	2	2		
6		6		
2		2		
29	3	24	2	
4				4
13		13		
1				1
5	1	4		
4	1	3		
663	105	410	60	88

Forma de vinculación del personal	Núm	Ocupación y Porcentaje	Porcentaje ocupado
Adscrito a la planta de cargos	154	19.30% del total Ocup- 105	16%
AGREMIACIONES	531	66.54% del total 410 ocupados	80%
CONTRATISTAS	113	14.16% del total Ocupados 60 + 88 en otras mod. (148)	9%
Totales	798	100%	663

Fuente: GETH de la ESE Hospital La María.
Plan de provisión de personal.

Lo que indica que solo el 16% es personal de planta, lo que deja

Un 84% en otras modalidades contractuales constituyendo un riesgo para la institución.

En cuanto a la estructura organizacional – organigrama se encuentran obsoleta de acuerdo al diagnóstico actual de la empresa.

Estructura Orgánica Funcional:



Fuente: Acuerdo 10 de 2017 de la Junta Directiva.

De acuerdo a lo antes expuesto, se hace necesario de manera prioritaria que la ESE Hospital La María, realice un estudio de Carga laboral que le de herramientas para tomar decisiones con respecto a la estructura organizacional de la entidad en lo relacionado con su Planta global de cargos y remuneración salarial de sus empleados, llevándola a cumplir con la normatividad existente al respecto y contar con una planta global más acorde a sus reales necesidades, teniendo en cuenta que debe conservar cierta flexibilidad por la naturaleza de la entidad y su modo de operación.

1.2.1.2. Manual de Funciones y Competencias Laborales.

Para el año 2021, con la asesoría del DAFP, La ESE HLM modernizará su estructura lo que conlleva una actualización de su planta de personal, de su manual de funciones e incluso de su reglamento institucional.

Hoy la institución, esta desactualizada en todos estos documentos.

Reglamento interno – acuerdo 07 del año 2006.

Manual de funciones – acuerdo 10 de octubre de 2017.

Establecimiento de planta de personal- acuerdos 013 de 2018, 012 de 2019, 06 de 2020.

Es de anotar que la ESE HLM no cuenta con una escala salarial definida y que todos estos documentos deben ajustarse a la normatividad y los cambios de los últimos años.

La ESE Hospital cuenta con un manual de funciones y Competencias Laborales que incluye las funciones y los perfiles de todos los empleos de la entidad por núcleos básicos del conocimiento, así como las competencias del Decreto 1083 de 2015 y competencias funcionales, el cual está en proceso de actualización con el DNFP para su adopción por la junta directiva.

1.2.2. Indicadores de gestión.

1.2.2.1. Indicadores de eficiencia y efectividad.

La ESE Hospital cuenta con Indicadores de eficiencia y efectividad en el plan de desarrollo institucional que le permiten tomar decisiones para evitar desviaciones en el Macro proceso asistencial, En la actualidad son 138 indicadores y todos tienen su ficha técnica que permite hacer un rápido análisis del mismo. No se tienen claramente definidos los indicadores con sus respectivas fichas para los demás programas, proyectos y planes que ejecuta la entidad.

1.2.2.2. Seguimiento a indicadores.

Los responsables y sus equipos de trabajo, hacen seguimiento de acuerdo a la periodicidad definida en cada uno de los comités y en la política de operación. Según lo establezca la norma el análisis se hace mensual, bimensual o semestral.

1.2.3. Políticas de operación.

1.2.3.1. Establecimiento y divulgación de las políticas de operación.

La ESE Hospital no cuenta con una Política de Operación, pero si cuenta con un Manual de Procesos y Procedimientos que, aunque debe ser actualizado es el instrumento con el cual la entidad se guía para prestar sus servicios a sus usuarios.

1.2.3.2. Manual de operaciones o su equivalente adoptado y divulgado

No se cuenta con un Manual de Operaciones como tal, pero si se basa en protocolos y Guías de atención para prestar sus servicios de salud. Estos Protocolos y Guías están reglamentados por el Estado y es la Secretaría de salud y Protección Social de Antioquia la que hace seguimiento para que se cumplan a cabalidad.

1.3. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

1.3.1. Políticas de Administración de riesgos.

- la ESE Hospital cuenta con un mapa de riesgos de corrupción, el cual fue adoptado según Resolución No 448 de septiembre 5 de 2019, por el cual se adopta la política de administración del riesgo y el mapa de riesgo de la ESE Hospital la María, para la vigencia 2021 se está actualizando con cada uno de los líderes de las áreas.
- Se tiene la evidencia de que la ESE Hospital haya hecho amplia difusión de su mapa de riesgos y sus políticas por medio de los instrumentos y herramientas de que dispone como son: Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Página Web.

1.3.2. Identificación del riesgo.

- La institución hizo el ejercicio de Identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo para la entidad.
- Se ajustará el documento de identificación los riesgos de cada proceso, programas y/o proyectos que contengan las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos.

1.3.3. Análisis y valoración del riesgo.

- Establecer política de riesgo, realizar seguimiento y análisis periódico a los riesgos
- Monitorear y analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles
- Retroalimentar al comité De planeación y Gestión del Desempeño Institucional sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.
- Designar un responsable de Seguridad Digital, el cual debe pertenecer a un área que haga parte de la Alta Dirección o Línea Estratégica y asignarle las responsabilidades.
- Realizar seguimiento y análisis a los controles de los riesgos según periodicidad establecida.

En conclusión, la ESE Hospital tiene identificados unos riesgos que en su mayoría se identificaron con la participación de todos los líderes de los procesos, se hizo amplia difusión de los mismos y cuenta con políticas de administración del riesgo adoptadas mediante acto administrativo anteriormente mencionada.

Se ha hecho un análisis de la probabilidad de ocurrencia de un riesgo plenamente identificado y su posible impacto y se evalúa la efectividad de los controles, mediante las auditorías internas que realiza la oficina de control interno.

La Oficina de Control Interno evidencio que la Oficina de Planeación, actualizara los mapas de riesgos para la vigencia 2021, previo ejercicio con todos los líderes de los procesos para identificar los riesgos de la entidad, se realizó una valoración de los mismos y su debida clasificación. De igual forma estableció las políticas de administración del riesgo y adoptarlas mediante acto administrativo.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL.

2.1.1. Autoevaluación de control y gestión.

Las actividades identificadas por la oficina de Control Interno que realiza la ESE Hospital, para la Autoevaluación de control y gestión, son las que a continuación se especifican:

- **Comités institucionales:** La ESE Hospital cuenta con 17 comités Administrativos entre los que se destacan, Comité de gerencia, Comité de contratación, Comité Técnico y de Calidad, Comité de Historias Clínicas, Comité de vigilancia epidemiológica, Comité institucional de Planeación y Gestión, Comité Institucional de Coordinación de Control interno, comité de Bienestar social, comité de facturación, glosas y cartera, comité de saneamiento contable, Comité de Grupo administrativo de Gestión ambiental y sanitaria (GAGAS), entre otros. Estos comités se reúnen periódicamente de acuerdo a un cronograma previamente establecido en la Resolución 442 de 2020, y es en estos espacios de participación donde se evalúa la gestión de la empresa con relación a todos sus procesos, programas, planes y proyectos.

De cada comité se levanta un acta donde se deja constancia de los avances, dificultades y desviaciones que se presentan durante el periodo, de acuerdo al análisis de los indicadores analizados en dicho comité. Finalmente se dejan tareas para corregir desviaciones y se asignan responsables para el cumplimiento de las mismas.

Así mismo se cuentan con 13 comités asistenciales entre ellos están, Comité Técnico Científico, Comité Código Azul, Comité código Fucsia, Comité de Vigilancia Epidemiológica, Comité Ética Hospitalaria, Comité de Emergencias, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité Historia Clínicas, Comité de Infecciones, Comité Transfusiones Sanguíneas, Comité de VIH, Comité DE Investigaciones, Comité de Seguridad del Paciente. Estos comités se reúnen periódicamente de acuerdo a un cronograma previamente establecido y es en estos espacios de participación donde se evalúa la gestión de la empresa con relación a todos sus procesos, programas, planes y proyectos.

- **Reuniones:** Los líderes de las áreas de la ESE Hospital, realizan reuniones periódicas con su personal con el fin de evaluar como se viene procediendo para que desde la responsabilidad que tiene cada funcionario, el proceso se ejecute con el mínimo de desviaciones. Cuando se detectan irregularidades o desviaciones, se dejan tareas concretas a fin de corregirlas en el tiempo prudente.
- **Desarrollo del ciclo de mejoramiento Continuo frente a la Autoevaluación con Estándares de Acreditación.** Para el año 2020 se realizó seguimiento a los planes de mejora definidos después de la revisión del cumplimiento de la calidad esperada. Las oportunidades de mejora definidas dentro del ciclo fueron las siguientes:

Oportunidades de Mejora Priorizadas

IDENTIFICACION DE LA FINALIDAD DE LA PRACTICA	CALIDAD ESPERADA
Ajustar los derechos y deberes de los usuarios de acuerdo con la normatividad vigente (circular 008 de 2018).	Actualización de la carta de trato digno (derechos y deberes de los pacientes)
Actualizar el código de integridad y de buen gobierno como lo solicita MIPG.	Actualización Código de integridad y de buen gobierno
Fortalecer y desplegar la política de seguridad del paciente en todas las áreas de la institución	Revisar y replantear la política de seguridad del paciente
Implementar el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento" de seguridad del paciente: Ajustar y documentar claramente los consentimientos Informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional.	Consentimientos Informados documentados donde se relacionen todos los datos que sugiere el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento"
Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad del consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.	Realizar mediante ronda de seguridad del paciente un muestreo para medir las destrezas y competencias del personal asistencial para la funcionalidad y operabilidad de los consentimientos informado
Identificar y documentar los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado.	Identificación de los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado.
Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en los procedimientos del consentimiento informado.	Barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en los procedimientos del consentimiento informado.
Documentar la Política de participación ciudadana como elemento fundamental de respeto hacia el usuario	Política de participación ciudadana fundamental de respeto hacia el usuario
Revisar y actualizar el mapa de procesos	Mapa de procesos
Actualizar la caracterización de los procesos	Caracterización de los procesos

Fuente: Oportunidades de Mejora Priorizadas

La oportunidad de mejora que no se logró fue la de "Implementar el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento" de seguridad del paciente: Ajustar y documentar claramente los consentimientos Informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional". Por lo tanto, se definió el siguiente plan de mejora con el fin de cerrar las brechas dentro del ciclo de mejoramiento

PLAN DE MEJORAMIENTO Y EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES

TOTAL DE PRÁCTICAS CON OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO			PAMEC			
Nº	ESTÁNDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA CERRAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN
4	Estándar 32. Código: (ApL10) La organización tiene claramente definido el proceso de consentimiento y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	Implementar el paquete instruccional "Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento" de acuerdo del paciente. Ajustar y documentar dinámicamente los consentimientos informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional.	Terminar de configurar, revisar y parametrizar los consentimientos, informados documentados, faltantes de: Declaración de no reanimación, Capsulotomía, Histeromía, Medicamentos unidos.	Ajustar los consentimientos que hayan falta según indicaciones del paquete instruccional de consentimiento informado (Capsulotomía, Histeromía, Histerusectomía, Consentimiento Medicamentos Unidos).	Comité CTC	Líderes Comité CTC
			No se cuenta con personal capacitado para la parametrización de los consentimientos en el software de historias clínicas y el personal del área de sistemas no cuenta con personal que disponga de tiempo para este requerimiento.	Capacitar al personal de calidad sobre cómo se parametrizan los consentimientos informados en el software de historias clínicas.	Gestión de Sistemas	Líder de Sistemas
			Se evidencia copias físicas de los consentimientos obtenidos dentro de los diferentes servicios (las copias son utilizadas por el personal asistencial).	Recopilar las copias físicas de los consentimientos informados obtenidos en los diferentes servicios.	Gestión Archivo Clínico	Líder de Archivo Clínico
			Al parametrizar los consentimientos informados la firma del profesional queda desplazada en la hoja de consentimiento del consentimiento, dando error en la interpretación de la firma sobre la aceptación o consentimiento.	Ajustar la parametrización de los consentimientos informados con relación a la firma del profesional, evitando que esta se desplace en la hoja de consentimiento del consentimiento, evitando así error en la interpretación de la firma sobre la aceptación o consentimiento.	Gestión de la Calidad	Profesional de Calidad
			Se evidencia el consentimiento por parte del personal asistencial sobre la ruta de acceso en el software para el diligenciamiento del consentimiento informado.	Documentar instruccional sobre la ruta de acceso en el software para el diligenciamiento del consentimiento informado. Enviar el instructivo a los diferentes grupos de interés. Realizar video con los pasos para acceder a la ruta para el diligenciamiento del consentimiento informado. Socializar video en los diferentes grupos de interés.	Gestión de la Calidad	Profesional de Calidad, Líder Seguimiento del Paciente y Líder Archivo Clínico

Fuente: área de calidad Planes de mejoramiento y ejecución de las acciones

2.1.1.1. Actividades de sensibilización sobre la cultura del mejoramiento dentro del ciclo 2018-2020.

Se dio cierre al ciclo 2018-2020 del PAMEC "Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad", la metodología utilizada para el desarrollo se realizó con estándares de acreditación.

Se realizó sensibilización frente a los logros obtenidos durante el la etapa del aprendizaje organizacional, dentro de esta fase se lograron cerrar las brechas en 9 de las oportunidades de mejora priorizadas así:

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Carta de trato digno
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Ajustar los derechos y deberes de los usuarios de acuerdo con la normatividad vigente (circular 008 de 2018).
Medición inicial	Existencia de la Carta de trato digno la cual contiene los derechos y deberes de los pacientes desactualizada
Acción implementada	Carta de trato digno con los derechos y deberes de los pacientes actualizada
Objetivo de la acción implementada	Ajustar los derechos y deberes de los usuarios de acuerdo con la normatividad vigente (circular 008 de 2018).
Descripción de la acción implementada	La institución actualizó la Carta de trato digno con los derechos y deberes de los pacientes según lo estipula la circular 008 de 2018
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Con la actualización de la Carta de trato digno con los derechos y deberes de los pacientes se dio cumplimiento a la circular 008 y a la implementación de MIPG. Igualmente garantizar estrategias que permitan la participación y el servicio en la atención en salud mediante la escucha de la voz del usuario y su red de apoyo, la promoción y protección de sus derechos y deberes.
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Los principales aprendizajes organizacionales al actualizar la carta de trato digno fue el ajustar el proceso según la normatividad vigente y contribuir al fortalecimiento de las relaciones de confianza entre el usuario - la ciudadanía y la ESE Hospital La María, a través de la revisión que se realizó con los diferentes grupos de interés. Puesta en marcha de mensajes institucionales de sensibilización a todos los usuarios y visitantes de sus deberes y derechos, por medio del altavoz
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Código de integridad y de buen gobierno
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Actualizar el código de integridad y de buen gobierno como lo solicita MIPG.
Medición inicial	Existencia del Código de integridad y de buen gobierno desactualizado
Acción implementada	Actualización Código de integridad y de buen gobierno
Objetivo de la acción implementada	Actualizar el código de integridad y de buen gobierno como lo solicita MIPG.
Descripción de la acción implementada	Se adoptó para la ESE Hospital La María adoptó el Código de Integridad expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) para la orientación de las actuaciones de todos sus funcionarios y de más aliados estratégicos.
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Con la actualización Código de integridad y de buen gobierno se dio cumplimiento a la normatividad e implementación de MIPG. Igualmente se adoptaron los valores para La ESE Hospital La María dentro del Código de Integridad para la orientación de las actuaciones de todos sus funcionarios, donde cada uno de estos valores determina una línea de acción cotidiana para los servidores públicos y de más aliados estratégicos: HONESTIDAD RESPETO COMPROMISO DILIGENCIA JUSTICIA HUMANIZACIÓN
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Los principales aprendizajes organizacionales al actualizar Código de integridad y de buen gobierno fue el hacer una construcción participativa del mismo mediante reuniones con los diferentes servicios orientando a los funcionarios a tomar conciencia de sus actuaciones y contribuir al fortalecimiento de las relaciones en la ESE Hospital La María. Realización de jornada institucional de sensibilización de los valores definidos en el Código de integridad, donde mediante actividades lúdico recreativa por grupos de áreas, se evaluó y se socializó la comprensión de los mismos
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Política de seguridad del paciente
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Revisar y replantear la política de seguridad del paciente
Medición inicial	Existencia de la Política de seguridad del paciente no precisa y desalineada con las políticas institucionales. Se contaba con un documento general, de políticas institucionales, que no era específico.
Acción implementada	Revisar y replantear la política de seguridad del paciente
Objetivo de la acción implementada	Ajustar la política de seguridad del paciente
Descripción de la acción implementada	Se adoptó para la ESE Hospital La María el diseño e implementación de una política para la seguridad del paciente, que se integra a las diversas políticas institucionales y favorece la generación de la cultura de seguridad del paciente entre todos sus colaboradores, los pacientes y sus familias. Al implementar en la ESE Hospital La María la política de seguridad del paciente se busca que se garantice una atención segura y con calidad a todos los usuarios y sus familias. Al divulgar y promover la cultura de seguridad del paciente en la Institución, haciendo énfasis en que el programa y la política con acciones educativas y pedagógicas se trabaja en la cultura hacia una atención segura. La política se ha publicado, divulgado y actualizado, de igual manera estará disponible para todas las partes interesadas.
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Actualmente al personal de la institución se le ha sensibilizado, capacitado y socializado la temática del seguridad del paciente, entre los temas se ha dado a conocer: la política institucional de seguridad por medio de los comités institucionales, la intranet, descansa pantallas, carteleros, entre otros medios audiovisuales
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Los principales aprendizajes organizacionales al revisar la política de seguridad del paciente han sido de suma importancia para el proceso de creación de cultura institucional y su mantenimiento, además de ser el mecanismo para la implementación de las prácticas de seguridad del paciente en la ESE. La creación de la cultura institucional no ha sido fácil, se debe continuar en el día a día con las rondas de sensibilización y el recordatorio de la importancia del reporte de los incidentes, riesgos, complicaciones y eventos adversos como el fin único del mejoramiento continuo frente al tema central de la seguridad del paciente.
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador impactado	Consentimientos Informados
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Implementar el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento" de seguridad del paciente: Ajustar y documentar claramente los consentimientos Informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional.
Medición inicial	No se contaba con la implementación del paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento" de seguridad del paciente: Ajustar y documentar claramente los consentimientos Informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional.
Acción implementada	Implementar el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento" de seguridad del paciente: Ajustar y documentar claramente los consentimientos Informados con la totalidad de datos que pide el paquete instruccional.- Consentimientos Informados documentados donde se relacionen todos los datos que sugiere el paquete instruccional "Garantizar la Funcionabilidad de los Procedimientos de Consentimiento"
Objetivo de la acción implementada	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad del consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.
Descripción de la acción implementada	Se logró la consolidación, revisión, actualización, ajuste de datos según requisitos del paquete instruccional de la buena práctica de consentimiento informado y la parametrización dentro del software de historia clínica eliminando así el uso de formatos físicos. Se realizó consulta con expertos, acerca de la gestión del riesgo sobre el contenido del procedimiento en el consentimiento Se presentaron ante el Comité de Historias clínicas los formatos de consentimiento definidos para la aprobación tanto de su estructura como de su contenido Se capacitó al profesional de calidad sobre como se parametrizan los consentimientos informados en el software de historias clínicas Se recolectaron las copias físicas de los consentimientos informados obsoletos en los diferentes servicios Se documentó un instructivo sobre la ruta de acceso en el software para el diligenciamiento del consentimiento informado Se realizó un video con los pasos para acceder a la ruta para el diligenciamiento del consentimiento informado
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Se cuenta con formación y sensibilización en el personal de la institución en el tema de consentimiento informado Se asegura el acceso al consentimiento informado a través del software de historias clínicas y por lo tanto de disminuyen tiempos en el diligenciamiento y disminución de costos de papel
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Aseguramiento del cumplimiento de los requisitos de información y contenido del consentimiento informado, según lo definido en la buena práctica. Descripción completa del procedimiento o la actividad a realizar en el consentimiento, que facilita el acercamiento al paciente para evaluar su comprensión al momento de la obtención de su firma
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Factores contributivos del consentimiento informado
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad del consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados.
Medición inicial	Identificar y documentar los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado.
Acción implementada	Identificación y documentación de los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado.
Objetivo de la acción implementada	Identificar y documentar los factores contributivos que favorecen los errores en los procedimientos del consentimiento informado.
Descripción de la acción implementada	Por medio de la aplicación de una lista de chequeo a través de las rondas de seguridad del paciente, se identificaron los factores contributivos relacionados con la funcionalidad del consentimiento informado: omisión del consentimiento informado, ausencia en la Historia Clínica, diligenciamiento incompleto, desconocimiento de la ruta, personal que no verifica la comprensión del consentimiento informado
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Parametrización del 100% de los consentimientos informados identificados como necesarios en la Institución Documentación de instructivo para su acceso y diligenciamiento Realización de videos con el paso a paso para la difusión en los grupos de interés Capacitación a los Líderes de los grupos de especialistas para la difusión al personal
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Identificación de los factores contributivos para la funcionalidad del consentimiento informado
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Barreras y defensas de seguridad del consentimiento informado
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Identificar y documentar barreras y defensas para prevenir o mitigar las consecuencias de los errores en el procedimiento de consentimiento informado.
Medición inicial	Identificar y documentar las barreras y defensas que disminuyen la presentación de fallas en la aplicación en los procedimientos del consentimiento informado.
Acción implementada	Identificación y documentación de las barreras y defensas que disminuyen la presentación de fallas en los procedimientos del consentimiento informado.
Objetivo de la acción implementada	Identificar y documentar barreras y defensas que disminuyen la presentación de fallas en los procedimientos del consentimiento informado.
Descripción de la acción implementada	Por medio de la aplicación de una encuesta al personal asistencial, tanto especialistas, como médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería, se les solicitó manifestar cuáles eran los beneficios de adherirse al diligenciamiento del consentimiento informado, en los que manifestaron entre otros:
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Parametrización del 100% de los consentimientos informados identificados como necesarios en la Institución Documentación de instructivo para su acceso y diligenciamiento Realización de videos con el paso a paso para la difusión en los grupos de interés Capacitación a los Líderes de los grupos de especialistas para la difusión al personal
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Identificación de los factores contributivos para la funcionalidad del consentimiento informado
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Política de atención ciudadana como elemento fundamental de respeto hacia el usuario
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Documentar la política de atención ciudadana como elemento fundamental de respeto hacia el usuario
Medición inicial	Documento que contiene la política de atención ciudadana
Acción implementada	Documentación de política de atención ciudadana
Objetivo de la acción implementada	Disponer de una política de atención a la ciudadanía de manera que se favorezca el uso de los diferentes mecanismos de participación ciudadana y se humanice la atención
Descripción de la acción implementada	Documentación de la política de atención a la ciudadanía
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Resolución de la aprobación de la política de atención a la ciudadanía Difusión de la política por medio del altavoz insitucional y medios de comunicación (pagina web)
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Se reviso la normatividad para actualizar los diferentes mecanismos de participación social
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Mapa de procesos
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Revisar y actualizar el mapa de procesos
Medición inicial	Mapa de procesos no ajustado a la realidad institucional
Acción implementada	Actualización del Mapa de Procesos
Objetivo de la acción implementada	Actualizar el Mapa de procesos de manera que se refleje de manera mas acertada la realidad institucional
Descripción de la acción implementada	Diagramación y Actualización del Mapa de Procesos
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Definición de la estructura de procesos de la Organización según el sistema de gestión de la calidad
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Mapa de procesos ajustado a la interacción de los Procesos institucionales
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PARA MANTENER O CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD ALCANZADA	
ASPECTO A EVALUAR	DESCRIPCION
Indicador Impactado	Caracterización de los procesos
Descripción de la oportunidad de mejoramiento	Actualizar la caracterización de los procesos
Medición inicial	Actualizar la caracterización de los procesos
Acción implementada	Actualización de la caracterización de procesos
Objetivo de la acción implementada	Realizar la definición y/o actualización de todos los procesos definidos en el Mapa de procesos bajo el ciclo PHVA
Descripción de la acción implementada	Caracterización de los procesos definidos en el Mapa de procesos, bajo el ciclo PHVA, incluida la definición de las acciones de mejoramiento, los indicadores y los riesgos
Resultados que se obtuvieron a partir de la implementación de la acción	Claridad en la definición del objetivo general de los Procesos y su interacción de procesos Plataforma documental construida en una Gestión de Proceso que refleja la realidad institucional
Aprendizajes organizacionales (lecciones aprendidas)	Caracterización de procesos intitucionales que identifican y responden a las necesidades y expectativas de clientes y proveedores y facilita la comprensión y la dinamica de interacción por procesos
Fecha de cierre del ciclo	5/03/2020

2.1.1.2. Herramientas de autoevaluación

- La principal herramienta de autoevaluación se hace a través de los comités institucionales, como lo son directivo, seguridad del paciente, mortalidad, historias clínicas, infecciones, sostenibilidad contable, ambiental, conciliaciones, calidad; fueron los que en el periodo evaluado registraron actividades de seguimiento y autoevaluación de los procesos, estos son espacios propicios en que los servidores de diferentes áreas interactúan con los procesos de dirección en pro de mejoramiento.
- La entidad hace autoevaluación periódica de su gestión general basándose en herramientas como indicadores e informes de los diferentes comités y áreas con respecto a su gestión. A partir de esa autoevaluación, define planes de acción para corregir desviaciones que se vienen presentando.

2.2. AUDITORÍA INTERNA.

2.2.1. Procedimiento de Auditoría interna.

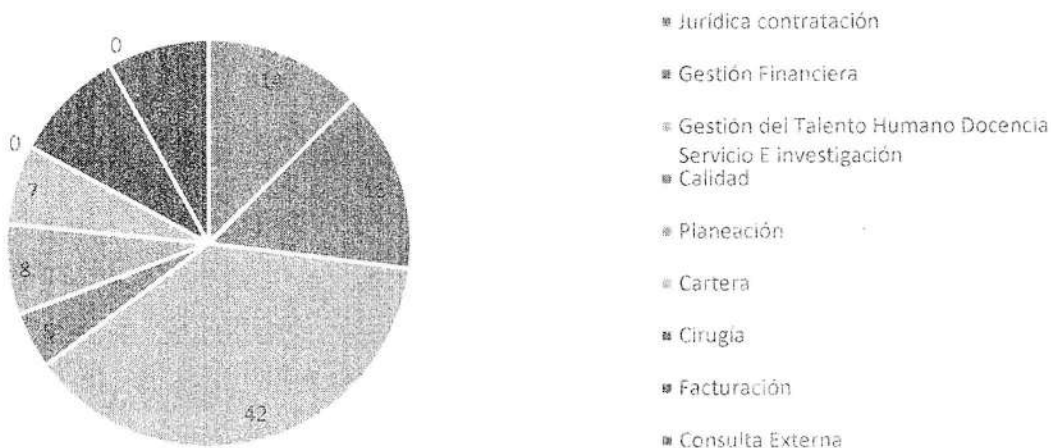
Con respecto a las Auditorías incluidas en el Plan Anual de auditorías y debidamente aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se realizaron todas (11) a las siguientes áreas: Jurídica contratación, Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Calidad, Planeación, Cartera, Cirugía, Facturación, Docencia Servicios E Investigación, Consulta Externa y Urgencias. En el mes de marzo se suspenden las auditorías internas por la pandemia mundial del COVID 19, dando prioridad a lo estipulado en el Decreto 491 del 28 de marzo de 2020. En el mes de Julio por decisión del comité de control interno, se renuevan nuevamente las auditorías para el mes de agosto de 2020, dando cumplimiento al 90.9% del Plan anual de auditorías aprobado en el mes de noviembre de 2019, para la vigencia 2020, esto con ocasión de que la auditoría a consulta externa no se pudo realizar toda vez que la líder del proceso estaba incapacitada por el Covid 19, y luego le otorgaron 6 días de vacaciones, y urgencias quedaron algunos procesos por verificar, como también se cambió el orden de las auditorías por el Covid, donde algunos líderes contrajeron dicha enfermedad quedando incapacitados por los 15 días.

De estas auditorías se presentaron unos hallazgos y con base a éstos se les solicitó a los responsables de las distintas áreas presentar un Plan de Mejoramiento (Ver cuadro).

PROGRAMACIÓN ANUAL DE AUDITORÍAS DE CONTROL INTERNO 2020				
COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO				
PROCESO A AUDITAR	AUDITOR	FECHA DE EJECUCIÓN	TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA	CUMPLIDAS A DICIEMBRE
Jurídica contratación	William Echavarría Lotero.	28/02/2020	14	14
Gestión Financiera	William Echavarría Lotero.	18/03/2020	16	0
Gestión del Talento Humano Docencia Servicio E investigación	William Echavarría Lotero	25/11/2020	42	0
Calidad	William Echavarría Lotero.	30/09/2020	5	5
Planeación	William Echavarría Lotero.	21/12/2020	8	0
Cartera	William Echavarría Lotero.	28/07/2020	7	7
Cirugía	William Echavarría Lotero.	28/12/2020	Pendiente	0
Facturación	William Echavarría Lotero.	08/25/2020	10	0
Consulta Externa	William Echavarría Lotero.	30/12/2020	Pendiente	0
Urgencias	William Echavarría Lotero.	30/12/2020	9	0

PARTICIPACIÓN OPORTUNIDADES DE MEJORA POR AREA DE GESTIÓN

TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA



Que el Departamento Administrativo de la Función Pública por medio del **Decreto 491 de 2020**. Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, solicita que la oficina de control interno cambie o modifique el Plan de auditorías planeado para la vigencia 2020, y verificación de los contratos relacionados en este tema con

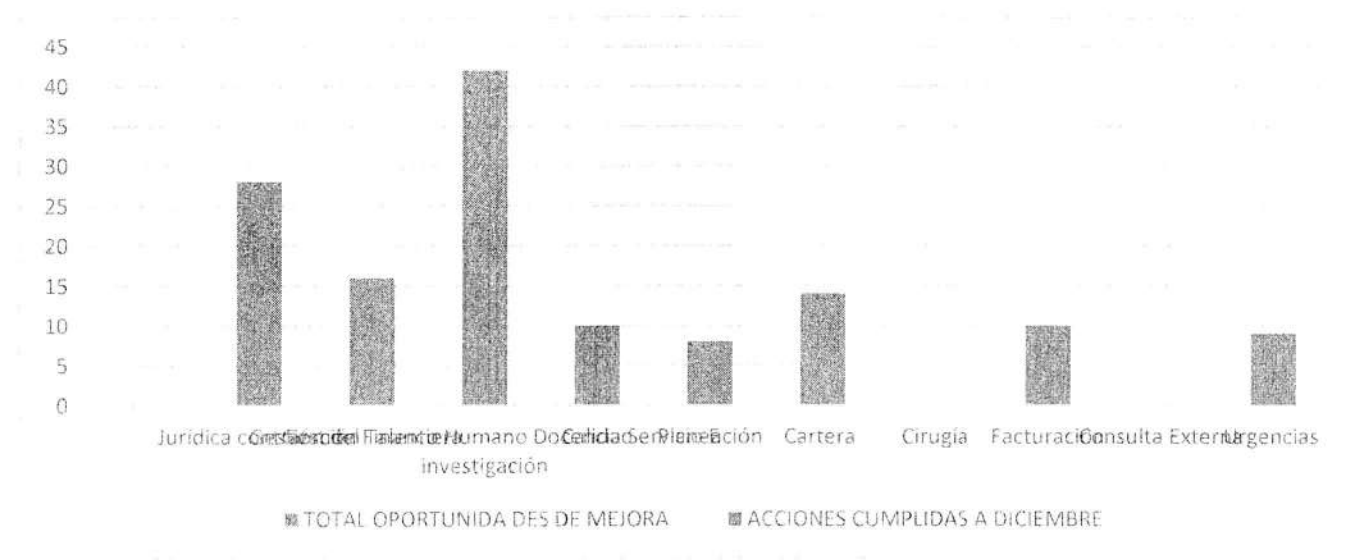
el fin de dar prioridad a la emergencia sanitaria a nivel mundial por el **COVID – 19**. Así:

Corresponderá a las oficinas de control interno como Tercera Línea de Defensa, modificar sus planes anuales de auditoría, para incluir auditorías y seguimientos a los resultados de las actividades de teletrabajo y trabajo en casa, así como a los temas de contratación y destinación de recursos con ocasión de la emergencia, lo que implicará efectuar un análisis de los universos de auditoría y de los niveles de riesgos de los proyectos y programas de la entidad.

2.3. PLANES DE MEJORAMIENTO.

Para cada una de las auditorías realizadas en las distintas áreas de la Institución, se ha solicitado su respectivo Plan de Mejoramiento donde quedan consignados los hallazgos encontrados, El mejoramiento para subsanar el hallazgo, Responsable y fecha de cumplimiento. A la fecha de 111 hallazgos detectados, se han subsanado 26 y quedan 85 por corregir. Los que aún no se han subsanado es porque no se ha cumplido con el tiempo para ello. Recordando que aún faltan seguimientos de las vigencias 2018, 2019 y 2020

CUMPLIMIENTO A OPORTUNIDADES DE MEJORA POR AREA DE GESTIÓN



Consecuente con los cuadros anteriores para la vigencia 2020, fue difícil cumplir con un porcentaje mayor en el seguimiento de los planes de mejoramiento, toda vez que la pandemia del Covid 19 a nivel mundial afectó todos, y así mismo a los planes para el mejoramiento continuo de las auditorías internas planeadas, para dedicarse más a lo estipulado en el **Decreto 491 de 2020**, por medio del cual se interrumpieron las auditorías planeadas con el fin de realizar los seguimientos a el teletrabajo y contratos relacionados con el virus

3. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

3.1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA.

3.1.1 Identificación de fuentes de información externa

La E.S.E Hospital La María cuenta con varios mecanismos para identificar la información externa, como son: Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias, Buzón de sugerencias, Encuestas de satisfacción, entre otras. Existe una oficina de Atención al usuario, que es la encargada de hacer el respectivo seguimiento a todas las manifestaciones verbales o escritas que hacen los ciudadanos que acceden a los servicios de salud de la Institución, y de garantizar que se dé el debido trámite en los tiempos establecidos según su necesidad.

Otras estrategias implementadas por la gerencia es la difusión por medios televisivos y radiales, redes sociales (Facebook, YouTube, Instagram y Twitter), carteleras institucionales, reuniones virtuales con la Asociación de Usuarios. Esto, con la finalidad de mantener informada a la comunidad en general sobre los servicios que presta la institución, gestiones que se adelantan para mejorar la infraestructura hospitalaria y ampliar su portafolio de servicios e informar sobre aquellos acontecimientos que tienen incidencia en el desarrollo de su actividad.

3.1.2. Fuentes internas de información.

La E.S.E Hospital La María cuenta con algunos canales de comunicación interna como correos electrónicos Institucionales, Comités institucionales, líneas telefónicas por área y grupos de WhatsApp. Estos canales, permiten que la comunicación entre los empleados de la institución sea más ágil y oportuna. Además, de que permiten comunicar las diferentes actividades que se realizarán dentro de la entidad.

El Hospital también cuenta con una Página Web, en la que los funcionarios pueden acceder a la información pública como son: Informes, Actas, Resoluciones, Manuales, Etc. Por recomendación de la Oficina de Control Interno, se viene haciendo ajustes a esta Página Web, con el fin de hacerla más dinámica y de fácil acceso tanto para la ciudadanía como para los empleados de la institución.

Es importante fomentar en los servidores un sentido de pertenencia, una cultura organizacional en torno a una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte su compromiso con la rectitud y la transparencia, como gestores y ejecutores de lo público, contribuyendo al fortalecimiento continuo del clima laboral.

COMUNICACIÓN PÚBLICA

Se tiene definida la política de comunicación organizacional, la cual hace parte del Código de Integridad y está orientada a la construcción de un sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y colaboración entre los servidores de la institución, esta política, se complementa con el procedimiento documentado de las comunicaciones institucionales, adscrito al proceso de Sistemas de Información y con el plan de medios. Para la comunicación informativa, la E.S.E La María posee tecnologías y diversos medios de comunicación y de publicación, que facilitan el intercambio entre la dirección y los servidores de la entidad y entre la institución y los ciudadanos, los diferentes grupos de interés y los entes de control externos. Se cumple con la rendición de informes de gestión de la entidad, ante la Junta Directiva, ante los empleados de la institución y ante la comunidad y ante los entes externos, se publican los estados financieros, la contratación y la ejecución presupuestal y en el periodo 2020, se hizo dos rendiciones de cuentas, una por semestre.

Se verifica la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información, mediante el formato de control de rendición de informes, las herramientas tecnológicas con que cuenta la E.S.E; garantiza la integridad de la información y los sistemas de información utilizados facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas. Se tienen definidos los mecanismos para la rendición de cuentas, se motivó la participación de las asociaciones de usuarios y veedurías al evento de rendición de cuentas.

El Hospital dispone de canales de comunicación, (carteleros, página Web, Sistema informativo de atención al usuario, medios de comunicación, grupos de WhatsApp y perifoneo) plenamente identificados, definidos, con pertinencia de acuerdo a las necesidades de la institución, que aplica mecanismos de controles y directrices para garantizar la efectiva y correcta comunicación organizacional e informativa, permitiendo a los usuarios y partes interesadas fácil acceso a los servicios ofrecidos por la entidad.

Se publicó oportunamente en la página web el Plan de acción, los indicadores de gestión y la información sobre la vinculación del recurso humano de la entidad, igualmente, los decretos, actos administrativos o documentos de interés general se han actualizado durante el periodo.

DIFICULTADES

En el informe de la Autoevaluación del control, el análisis de los resultados permite determinar que, al comparar los últimos tres periodos, se observa que se ha ido presentando una evolución de madurez y cumplimiento en cinco componentes del MECI.

En este orden de ideas, se debe evaluar la efectividad del diseño y la operación del componente, verificando cuál de sus tres elementos presenta más debilidades: Comunicación Organizacional, Comunicación Informativa y Medios de Comunicación. Lo anterior, teniendo en cuenta que este componente aporta el conjunto de elementos de control, que apoya la construcción de visión compartida y el perfeccionamiento de las relaciones humanas del hospital con sus grupos de interés internos y externos para facilitar el cumplimiento de los objetivos institucionales y sociales.

La E.S.E Hospital La María cuenta con un concepto estructurado de un Plan de Comunicaciones, en el que tiene como objetivo informar de manera verídica y oportuna a todos los empleados de la institución. Sin embargo, en ocasiones, no todas las personas logran ser alcanzadas por la información compartida, lo cual genera baches en el conocimiento de algunos procesos internos entre las áreas, actividades institucionales, como lo son reuniones de personal, inducciones re inducciones, entre otros.

Con respecto a la rendición de cuentas, se cumple a cabalidad con la ejecución de dicha actividad, teniendo identificados los mecanismos correspondientes y documentos estandarizados por los lineamientos de planeación requeridos para las audiencias públicas de rendición de cuentas.

Los resultados de la rendición de cuentas son publicados en la página web, ya que se adjuntan como anexo en el acta de la misma. Pese a que no se realizaron encuestas, se logra ver el impacto que esta tuvo, gracias a las estadísticas arrojadas desde la red social de Facebook, cuenta oficial de la institución por la cual fue transmitida la rendición de cuentas 2020-2. En dichas estadísticas se puede ver que, hubo una participación significativa de audiencia. Ya que la transmisión tuvo un alcance de 2.366 vistas, y 415 interacciones.



SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

AVANCES

Autoevaluación del control: En el mes de mayo se aplicó el formato propuesto por el DAFP, como herramienta para el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo que permitió valorar en tiempo real el nivel de ejecución de los procesos y la efectividad del control interno, la existencia de cada uno de los elementos de control, así como la madurez del sistema.

3.1.3. Rendición anual de cuentas

La E.S.E Hospital La María, dando cumplimiento a lo preceptuado por la Ley 1474 de 2011 en su artículo 78, realizó dos audiencias públicas en el año 2020, garantizando la participación de todas las organizaciones sociales de su área de influencia, Funcionarios de la Institución y personas naturales, en la cual se rindió cuentas de su gestión durante la presente vigencia. En estas audiencias se les informó a los presentes de cómo se están ejecutando los recursos, como ha sido la ejecución del presupuesto, avances de la nueva infraestructura (Torre médica asistencial y torre administrativa) y el comportamiento en general de las finanzas.

También se rindió informe sobre la habilitación de un nuevo servicio de hemodiálisis, para el cual también se adecuó un espacio denominado Unidad Renal. Se informó además sobre su accesibilidad y calidad.

Otras actividades que se desarrollaron el año pasado fueron la motivación a la participación ciudadana, difusión sobre derechos y deberes de los usuarios de la institución y el incentivo y acompañamiento permanente para la conformación y operatividad de la Asociación de usuarios y su representación en la Junta Directiva.

Por otro lado, se realizaron actividades de sensibilización enfocadas en el autocuidado, debido a la aparición de la pandemia del COVID-19. Se hacían recorridos, recordándoles a nuestros colaboradores la importancia del uso de los elementos de protección personal y así mismo, estos inculcaran la responsabilidad a nuestros pacientes y familiares.

Por otro lado, y es una cuestión a mejorar es la poca operatividad de la Página Web del Hospital, lo que no motiva a la gerencia y demás directivos de la entidad a hacer el debido uso de esta importante herramienta para la difusión de informes, avances del Plan de Desarrollo, ejecución presupuestal y demás información de carácter público que debe estar disponible a la comunidad en general.

Debido a lo anterior se recomienda realizar una inversión importante a nuestra plataforma digital, para que esta sea una herramienta tecnológica lo suficientemente moderna, dinámica e interactiva, que sirva de instrumento de información y comunicación a la ciudadanía.

3.1.4. Tablas de retención documental.

Actualización del Plan de Gestión Documental como instrumento archivístico para administrar y fortalecer la gestión documental en la E.S.E Hospital la María aplicando los instrumentos y procedimientos archivísticos en búsqueda del buen servicio al ciudadano, la aplicación de las normas y la conservación del patrimonio documental.

El proceso permitió formular y documentar a corto, mediano y largo plazo, el desarrollo sistemático de los procesos de la gestión documental, encaminados a la planificación, procesamiento, manejo y organización de la documentación.

Elaboración e implementación del PGD priorizando los aspectos más críticos que arrojó el Diagnóstico Integral de Archivo-DIA.

Para el año 2021 se debe definir el PGD como política en la ESE.

La entidad tiene establecido su proceso de Gestión Documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000 y para su debida aplicación este año ha hecho los siguientes ajustes:

PLAN DE CAPACITACIÓN EN TECNOLOGÍAS: El aplicativo de Gestión Documental, que permite el adecuado uso de los documentos, inicialmente los que ingresa al área de radicación, por la ventanilla única.

Nuestra estrategia de Cero Papel en la E.S.E Hospital La María, se centra en la formación de una cultura que garantice el uso racional de los recursos y una adaptación a los cambios relacionados con la gestión documental y, por tanto, aprovechar las tecnologías de la información y las comunicaciones, lo que nos permite rededir gradualmente el consumo de papel.

Como parte de la implementación del modelo de Cero Papel y así mismo incentivar el manejo de herramientas tecnológicas que faciliten la labor se han adelantada las siguientes actividades:

- Implementación de la política Cero papeles (PL-GDO-001 Política Cero Papel Hospital La María.docx) noviembre de 2019.
- Campaña Cero Papel en la Institución.
- Brigada de concientización y control por las áreas, con el acompañamiento de los líderes de Sistemas, Ambiental, Gestión Documental y Comunicaciones.
- Campaña de Tips con perifoneo, cada dos días, dirigido a todo el personal de la institución.
- Descansa Pantallas con información de cero papeles.
- Capacitaciones al personal de la ESE en manejo de herramienta PaperlessOffice

El área Ambiental capacito al personal en manejo de residuos y uso adecuado de material reciclable

CONTRATO ARCHIVO ALPOPULAR

Contrato de Almacenamiento y custodia.

El Almacenamiento que tenemos en Alpopular nos permite manejar con eficiencia los espacios y tener mejor control de la documentación, el contrato actual con fecha de vencimiento al 31/12/2021, por valor de \$ 38.535.737, tiene a la fecha una ejecución financiera del 100%, con \$ 38.535.737 disponibles, el contrato que se maneja con Alpopular permite manejar este presupuesto de acuerdo a las necesidades que se presenten, están incluidos los servicios de almacenamiento de cajas, insumos, búsquedas y envío de documentos. La facturación es mes vencida.

Todo lo relacionado al servicio enviar correo electrónico solicitudservicios.medellin@alarchivo.com.co

En total registran en custodia 3.255 cajas, con 42.697 unidades documentales: 583 cajas tamaño X 200, y 2.672 cajas tamaño X 300.

A la fecha se han procesado la siguiente cantidad de cajas y tipologías:

- Contable: 2.790 unidades, contenidas en 1.099 cajas.
- Administrativo: 2.842 unidades contenidas en 178 cajas
- O.P: 5 Cajas
- Clínico: 332 Cajas.
- Historias Clínicas: 20.561 unidades contenidas en 199 cajas.
- Historias Clínicas Con Punteo Por UD: 16.504 unidades contenidas 248 cajas.
- Cajas Precintadas Sin Validación De Contenido: 1.111 cajas, de las cuales solo 611 tienen precinto.

El almacenamiento de las cajas se realiza en las instalaciones de Alpopular, en la dirección Carrera 47 G N° 78 D Sur – 50 Sabaneta.

CONTRATO ENVIA

Mensajería y correspondencia.

El contrato de Transporte y Mensajería cubre las necesidades de transporte y distribución de documentos, paquetes y mercancía con cubrimiento en zona Urbana, Regional y Nacional de los envíos tanto generados como recibidos, incluyendo la realización de todo tipo de diligencias administrativas de acuerdo a las necesidades de la ESE Hospital La María y utilizando la más avanzada tecnología.

Contrato actual con fecha de vencimiento al 31/12/2021, por valor de \$ 10.000.000, tiene a la fecha una ejecución financiera 3,14%, con \$ 9.685.690 disponibles.

INSTRUMENTOS DE ARCHIVO

La ESE Hospital La María actualizo y reglamento los Instrumentos Archivísticos dando cumplimiento a la Ley 594 2000. Los instrumentos de Archivo de la entidad no se actualizaban desde el año 2006.

DIA Diagnóstico Integral de Archivo

Información real del estado del Archivo, expone las necesidades que éste requiere para normalizar y disponer los instrumentos archivísticos que van a aportar a la Entidad, la normatividad sobre el manejo de la documentación, su seguridad y en el manejo de los documentos.

PGD Programa De Gestión Documental

Es el plan elaborado para facilitar la identificación, gestión, clasificación, organización, conservación y disposición de la información, desde su creación hasta su disposición final, con fines de conservación permanente o eliminación.

Resolución

PINAR Plan Institucional De Archivos

Planeación de la función archivística, el cual se articula con los demás planes y proyectos estratégicos previstos por la ESE Hospital La María.

- Se realizó el seguimiento a las actividades programadas, se actualizó el plan y se publicó en la página Web. Corte marzo 2021.

TRD Tabla de Retención Documental.

Permite la clasificación documental de la entidad, acorde a su estructura orgánico - funcional e indica los criterios de retención y disposición final resultante de la valoración documental por cada una de las agrupaciones documentales.

TVD Tablas de Valoración Documental

Son el listado de asuntos o series documentales a los cuales se asigna el tiempo de permanencia, así como su disposición final. Se elaboran para intervenir los fondos acumulados de las entidades. AGN (Acuerdo 002 de 2004).

RIA Reglamento Interno de Archivo y Correspondencia

Brinda lineamientos y pautas que deben ser tenidas en cuenta por todos los funcionarios de la ESE, en el desarrollo de las actividades de Producción, Recepción, Distribución, Gestión y Trámite, Organización, Consulta, Conservación y Disposición final de los documentos.

- Tablas De Retención y Tablas de Valoración Documental

La aprobación de las Tablas De Retención y Tablas de Valoración Documental no se logró en 2019, debido a que la institución está en proceso de actualización de su estructura orgánico funcional, no fue posible cumplir el tiempo de prórroga que nos otorgó el Consejo

Departamental de Archivo.

Se debe continuar con el proceso de actualización tan pronto este actualizada la estructura orgánico funcional.

- Los Instrumentos de Archivo no se han socializado con todos los colaboradores de la ESE Hospital La María.

COMITÉ GESTIÓN DOCUMENTAL

Con la Resolución 151 del 5 de febrero 2019, se Actualizo el Comité de Gestión Documental como grupo asesor de Gerencia en materia archivística y de gestión documental, para definir las políticas, los programas de trabajo y los planes relativos a la función archivística institucional.

El Comité de Gestión Documental de la ESE Hospital La María se reúne de forma ordinaria cada tres meses, con la participación de todos sus integrantes, se definen actividades que tendrán seguimiento y de las cuales se envía evidencia.

Actas Firmadas con listados de asistencia.

Actas de comité 2020 No 01, 02, 03, 04

Actas de comité 2021 No 01

Integrantes:

- Gerente o su delegado, quien lo presidirá.
- Subgerente Administrativo y Financiero.
- Líder de Archivo
- Asesor Jurídica
- Líder de Planeación
- Lider de Sistemas
- jefe del área de Talento Humano
- Asesor de Control Interno, quien tendrá voz, pero no voto.

INVENTARIOS DOCUMENTALES

La Entidad no contaba con Inventarios de la totalidad de los documentos producidos en los archivos de gestión y los custodiados en el archivo central e Histórico.

La tarea se cumplió en un 68%, 2020, logrando así tener conocimiento de los documentos que reposan en la institución, al finalizar el año 2021 se debe tener un avance del 90%

Se realizaron las capacitaciones al personal, se envía evidencia y se realiza seguimiento en el POA y en el plan de mejoramiento archivístico que se revisa en el comité de gestión documental.

ORGANIZACIÓN DE LOS ARCHIVOS DE GESTIÓN

Desde el archivo administrativo se han implementado procesos para mejorar los espacios de almacenamiento de archivos de gestión, y de los que parte toda la organización del archivo central del Hospital; con esta iniciativa se busca dar orden desde la raíz, y con ello se podrá garantizar que la institución tenga un proceso de manejo de archivo con procedimientos organizados, y que permanecerán en el tiempo.

El cumplimiento de las capacitaciones y transferencia de documentos al 80% al 31/12/2020.

PROYECTO ORGANIZACIÓN FONDO ACUMULADO

Documentos reunidos por la entidad en el transcurso de su vida institucional sin un criterio archivístico determinado de organización y de conservación.

Se organizó la información que produjo la entidad en cada etapa de su vida institucional y se dio orden a los documentos vitales, se dieron de baja los documentos de apoyo que según tabla de retención no debían custodiarse, tarea realizada en su totalidad.

INFRAESTRUCTURA

El espacio físico que ocupaban los archivos de E.S.E Hospital La María, los documentos que se tienen para custodia, tanto de archivo central, histórico y clínico, incluso los archivos de gestión, no contaban con espacios adecuados, ya sea por falta de los mismos, o acumulación excesiva de documentos y no se cumplía con la norma, la falta espacios, estantería y archivadores, no garantizaba que se pudiera mantener una custodia y conservación adecuada, así mismo el proceso de búsqueda y préstamo de documentos se dificultaba por falta de organización de espacio, ya que no se podía tener la documentación correspondiente a cada archivo en una misma ubicación.

Fue necesario crear un único espacio para la documentación, ahora los archivos central e histórico están en un lugar adecuado y cumpliendo con la norma.

Para el año 2021 se definirá un espacio permanente para los Archivos Central e Histórico de la ESE, ya que el actual es provisional.

DIGITALIZACIÓN DE ARCHIVOS CENTRAL E HISTÓRICO.

El proceso de digitalización de información es determinante dentro del proceso de transformación digital de la ESE Hospital La María.

Esta inversión tecnológica nos aporta los siguientes beneficios:

- Ahorro de espacio.
- Protección de los datos.
- Gestión del tiempo en la consulta de datos.
- Mejora de la productividad.
- Reciclaje profesional.

Se inicia Digitalización de documentos en el Archivo Histórico, avance del 5% se proyecta a junio 2021 avance del 40%.

3.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

3.2.1. Manejo de la Correspondencia.

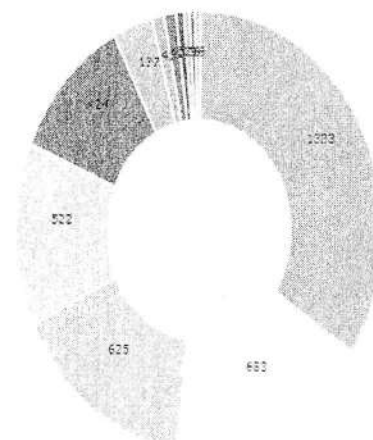
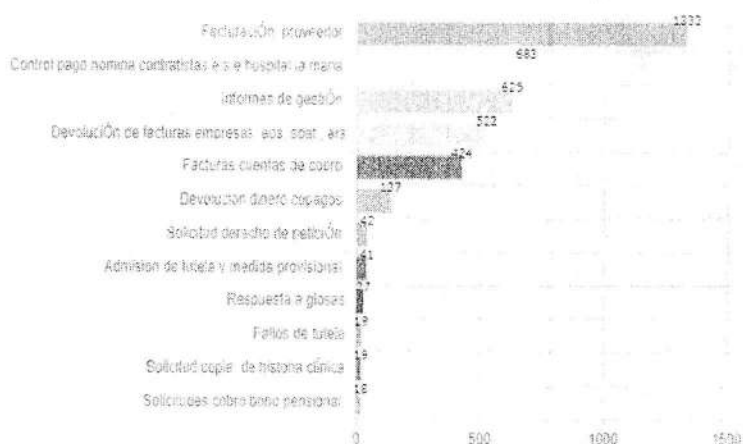
La entidad tiene establecidas unas directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario y/o grupo de interés. Para el cumplimiento de estas directrices se cuenta con un Software denominado Paperless Office a través del cual se gestiona toda la correspondencia interna y externa de la ESE Hospital, de manera más eficiente y evitando el consumo de cantidades representativas de papelería.

3.2.2. Diagnóstico y resultados de las comunicaciones:

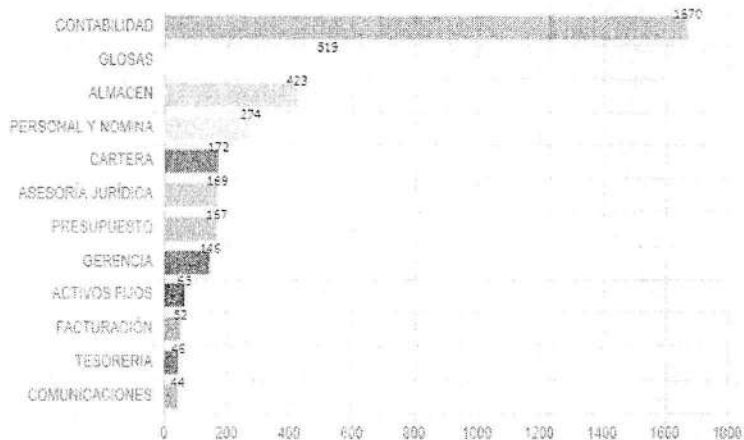
Las comunicaciones escritas se gestionan en el software Paperless office que viene desde el año 2018, con buenos resultados y con un crecimiento importante; allí se gestionan los comunicados recibidos, enviados y la comunicación interna, como circulares, memorandos, notificaciones, cartas y comunicados.

Se han recibido más de 12 mil comunicaciones y enviados más de 8 mil doscientos; En el año 2020 el comportamiento fue el siguiente:

Correspondencia Recibida por Tipo de Documento



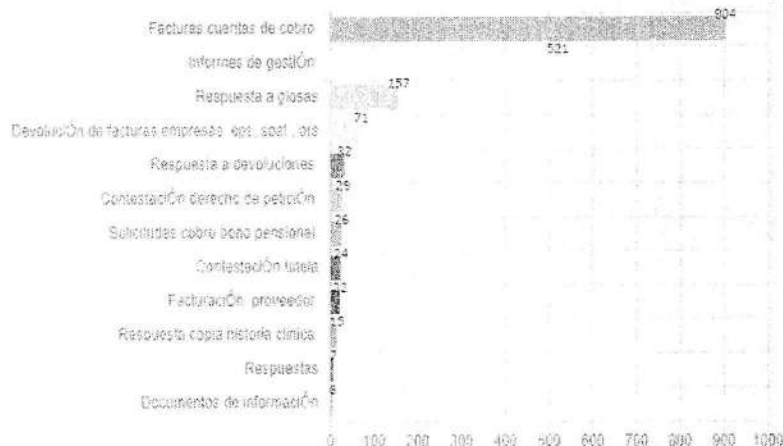
Correspondencia Recibida por Dependencia



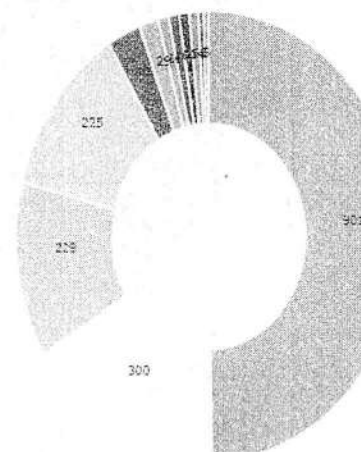
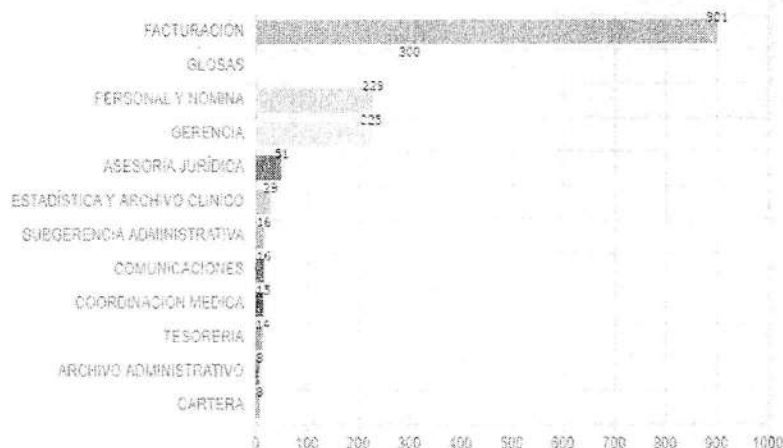
Del total recibido el mayor volumen fueron facturas (1.333) y pagos a contratistas (683) en cuarto y quinto lugar se tienen devolución de facturas (522) y (424) cuentas de cobro; por ello las áreas financieras relacionadas manejan igual cantidad de comunicaciones por dependencia; allí se destacan Contabilidad, glosas, almacén y cartera. Los informes de gestión constituyen el tercer volumen de correspondencia recibida con 625 documentos de los cuales quien más recibe es Gestión Humana (personal y nomina) con 275 comunicados.

En producción de comunicaciones el comportamiento es el siguiente:

Correspondencia Enviada por Tipo de Documento



Correspondencia Enviada por Dependencia Productora

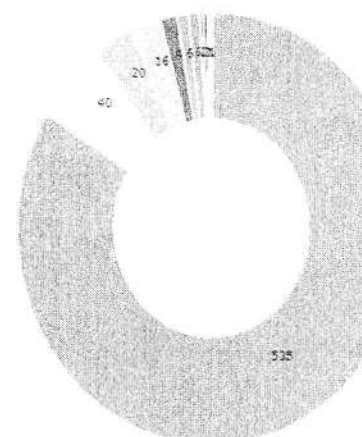
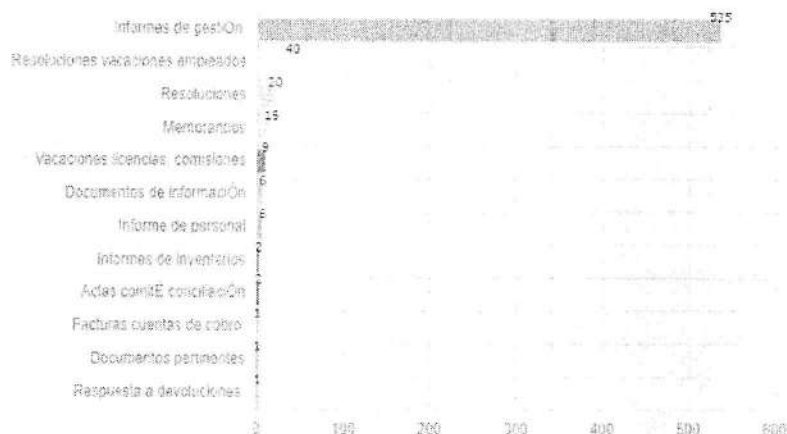


Las comunicaciones más enviadas son facturas, informes de gestión y respuestas a glosas, lo que denota un gran volumen de documentos financieros y por ello por dependencias tanta facturación (901) y glosas (300) son los mayores productores.

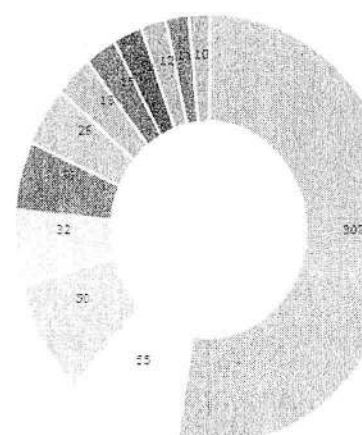
En un tercer lugar esta Personal y nomina (229) y como cuarto productor está la Gerencia (225) copando 454 comunicaciones de las 521 enviadas como informes de gestión.

Las comunicaciones internas tuvieron el siguiente comportamiento:

Correspondencia Interna por Tipo de Documento



Correspondencia Interna por Dependencia Productora



Correspondencia Interna

Indexados hoy

4

Indexados esta semana

4

Indexados este mes

26

Indexados este año

68

Indexados el año anterior

640

Total Correspondencia Interna

1411

De 1.411 comunicados internos en el 2020 se enviaron 640 siendo Gestión humana, Gerencia y Control Interno los mayores productores de comunicaciones. (ver cuadros- fuente sistema)

Correspondencia Recibida

Indexados hoy	26
Indexados esta semana	27
Indexados este mes	140
Indexados este año (2021)	598
Indexados el año anterior (2020)	1059
Total Correspondencia Recibida	12790

Correspondencia Enviada

Indexados hoy	7
Indexados esta semana	7
Indexados este mes	43
Indexados este año (2021)	124
Indexados el año anterior (2020)	1833
Total Correspondencia Enviada	2561

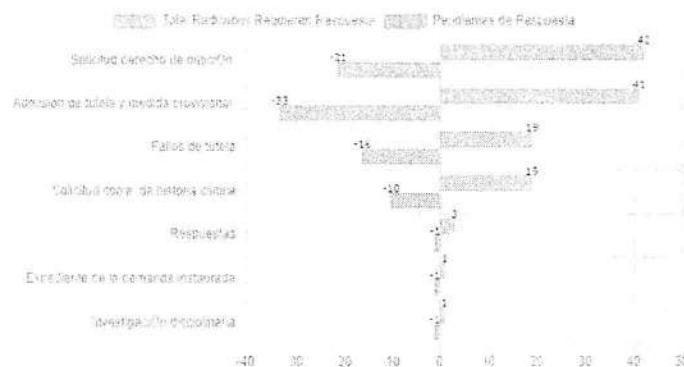
Alertas

Correspondencia Recibida Vencidos ANS	328
Correspondencia Recibida requiere respuesta hoy	0
Correspondencia Recibida que vence en los próximos 5 días	0
Correspondencia Recibida pendiente de respuesta	328
Correspondencia Recibida NO leída por sus destinatarios	1165

Preocupa que, de las 3.959 comunicaciones recibidas en el 2020, existan 328 pendientes de respuesta y un alto volumen no es leído por sus destinatarios; las comunicaciones marcadas como para responder, que por actualizaciones del software que los servidores no realizan o algunas más por no responder se encuentran allí.

El informe sobre el asunto es el siguiente:

Correspondencia Recibida por Tipo de Documento Que requiere Respuesta



Correspondencia Recibida por Dependencia Que requiere Respuesta



Fuente: informes del sistema.

3.2.3. Manejo de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos.

La ESE Hospital La María viene haciendo grandes esfuerzos por dotar su infraestructura tecnológica tanto en la parte asistencial como en la administrativa, adquiriendo de manera gradual y en la medida de sus posibilidades económicas Equipos Biomédicos de última tecnología, equipos de cómputo.

En cuanto a las necesidades de infraestructura fue necesario realizar actualización y migración de cableado estructurado permitiendo una interoperabilidad entre los pisos de la torre antigua o la torre nueva. Adicionalmente se contó con un contrato de mantenimiento y soporte de equipos de cómputo y un contrato de soporte y mantenimiento con el sistema de información DINAMICA GERENCAIL. Se realizó el montaje de los sistemas de detección automática de temperatura en las entradas principales.

En cuanto a su manual de procesos, debo manifestar que este debe ser actualizado pues con la implementación del nuevo programa y la apertura de nuevos servicios, éste quedó muy desactualizado. En la parte asistencial, el personal cuenta con Guías de atención y protocolos que le ayudan a cumplir con sus funciones asignadas.

Con respecto a la infraestructura física, la gerencia ha hecho inversiones significativas en su mantenimiento, pues se encuentran en instalación, adecuación y renovación del cableado y la parte eléctrica de las torres, se han adecuado algunos espacios que si cumplen para las nuevas oficinas administrativas y brindar nuevos servicios de salud. Actualmente se sigue construyendo la torre denominada "Torre de la Mujer", con recursos de la Gobernación, del Área Metropolitana y de la ESE Hospital que ascienden a más de los 20 mil millones de pesos, que se tiene proyectado esté en funcionamiento en el mes de marzo del presente año y que le permitirá a la entidad brindar nuevos servicios especializados y mejorar algunos ya existentes

En conclusión, puedo decir que la ESE Hospital cuenta con los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos, para prestar un buen servicio y que viene haciendo esfuerzos importantes para mejorar en algunos aspectos para contar con unas instalaciones óptimas, con la dotación adecuada y la tecnología necesaria para que el personal que labora en la institución tenga todas las herramientas para el cumplimiento de sus funciones y por consiguiente brindar un buen servicio a sus usuarios. Y la ampliación del servicio de salud con nuevas especialidades para la atención al ciudadano

3.2.4. Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.

La ESE Hospital La María como Institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, tiene contrato con las EPS del Régimen Subsidiado Savia salud, es la que tienen la mayor parte de la población en Antioquia, además le presta servicio a unas cuantas EPS del Régimen Contributivo. Igualmente contrata servicios de salud con la Gobernación de Antioquia para la población pobre no asegurada y atiende pacientes con cargo al SOAT.

Se atiende

Para la atención de toda esta población, las empresas contratantes de los servicios que brinda la ESE Hospital, suministran las bases de datos de la población que son objeto de atención y de esta manera se puede identificar las personas potenciales a atender, por grupo etario, nivel socio económico, lugar de residencia, etc.

El Ministerio de Salud y La Secretaría Seccional de salud y Protección Social, como entes rectores de la salud al nivel Nacional y Departamental, reglamentan en la materia, suministran toda la información necesaria para identificar la población a atender y suministran el perfil de Morbimortalidad; además asesoran a las ESE Hospitales en todos los aspectos que sean necesarios. Toda esta información le permite a la institución tener un conocimiento real de la población objeto de atención y emprender acciones para satisfacer las necesidades y prioridades de los individuos.

3.2.5. Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad

La ESE Hospital cuenta con página Web, carteleras institucionales, contratos con medios de comunicación, buzón de sugerencias, grupos internos de WhatsApp, entre otros, como medios disponibles a los usuarios, grupos de interés y empleados de la institución para mantenerlos permanentemente informados y recibir sus apreciaciones, sugerencias, quejas y denuncias inherentes a la prestación de los servicios de salud. No obstante, lo anterior se sugiere que es necesario seguir fortaleciendo la efectividad de dichos canales de comunicación para que sean más dinámicos y de más fácil acceso a la comunidad.

4. OTRAS ACTIVIDADES

4.1. Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Enero de 2021, se hizo el tercer y último seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de 2020 y como resultado de éste se concluye que de todas las actividades propuestas para dar cumplimiento a la fecha se lograron siete de ellas, por tal motivo se

realizará los ajustes que dice los Decretos 1083 y 1081 de 2015 ambas, cómo se describe en el siguiente cuadro

TERCER SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL 2020					
FECHA DE TERCER SEGUIMIENTO: 18 DE ENERO DE 2021 septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2020					
COMPONENTES	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	ACTIVIDADES INCUMPLIDAS	% DE AVANCE	OBSERVACIONES
IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	7	7		100%	El cumplimiento fue del 100%
ESTRATEGIA ANTITRÁMITES	3	3		100%	El cumplimiento fue del 66%
RENDICIÓN DE CUENTAS	5	5		100%	El cumplimiento fue del 100%
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	3	3		100%	El cumplimiento fue del 100%

Fuente: Seguimiento del plan anticorrupción vigencia2020

42. Seguimiento a Informes y Comités.

- Se hace seguimiento permanente a los responsables de subir la información de obligatorio cumplimiento a las diferentes plataformas de entes de control.
- Por delegación de la Contraloría Departamental se viene haciendo seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento presentado por la ESE Hospital, con respecto a la auditoría regular realizada el año 2019 por este ente de control, a la gestión de la vigencia 2019.
- Se asiste a todos los Comités en la medida de posibilidades y disponibilidad de tiempo.

43. Hogar de Paso.

Programa que nació desde el área social en el año 2013 donde la trabajadora social Karen Martínez evidenciaba que los acompañantes que ingresaba a la institución no contaban con ninguna red familiar y social en la ciudad de Medellín, dormían en la misma habitación, se comían los mismos alimentos del paciente se bañaban en las habitaciones, tendía su ropa en las ventanas y dormían en habitaciones y pasillos del hospital.

Se presentó el proyecto a dos gerentes anteriores; ninguno aceptó y/o aprobó el proyecto del hogar de paso para la atención a la población más vulnerable de Antioquia.

En el año 2018 se le presentó el proyecto al Dr. Misael Alberto Cadavid Jaramillo gerente de la ESE la María, quien aprobó de inmediato y ordenó que se consiguiera una casa hogar donde la población más vulnerable de Antioquia que son los acompañantes de los pacientes tenga un descanso, alimento, una noche digna, lavar su ropa y contar con lo necesario sin tener ninguna dificultad en la institución.

El proyecto social sin ánimo de lucro se beneficia de la siguiente manera: el arriendo es patrocinado por la comunidad, empleados y entes privados por fuera de la institución, los alimentos son asignados por el restaurante comunitario de la comuna 5 barrio castilla, los servicios públicos lo patrocina la fundación mundo mejor.

Se reciben donaciones de ropa en buen estado, alimentos perecederos y no perecederos e implementos de aseo en la oficina de trabajo social.

Este proyecto tuvo vigencia hasta el 31 de marzo de año 2020.

41. Habilitación de servicios de salud.

La ESE Hospital La María se identifica en la plataforma del Ministerio de Salud Y protección Social así:

- Identificación del Prestador

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI					
Cédula ciudadanía:CC	NI	890905177	- 9		
Cédula extranjería:CE					
Naturaleza Jurídica		Pública			
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento		Antioquia	Municipio	MEDELLÍN	
Código de Prestador		0500106086	- 01		
Nombre del Prestador	ESE HOSPITAL LA MARIA				
Clase de Prestador	Instituciones - IPS			Empresa Social del Estado	SI
Dirección	c/ 92 ee No. 67 51				
Teléfono(s)	4447192				
Fax					
Correo Electrónico	calidad@lamaria.gov.co				
Razón Social	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA				
Representante Legal	HECTOR JAIME GARRO YEPES				
Nivel Atención Prestador	3	Carácter Territorial	DEPARTAMENTAL		
Fecha de Inscripción	20030416	Fecha de Vencimiento	20210831		
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 15 de febrero de 2021 (12:10 p. m.)					

- Sedes

(2) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Nombre Prestador	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Zona	Dirección	Teléfono
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	ESE HOSPITAL LA MARÍA	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	URBANA	C/L 92EE # 57-61	2677511
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	ESE HOSPITAL LA MARÍA	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	URBANA	Calle 46 No 81-68	3125520467 - 3113461562

Durante el periodo 2020 se realizaron las siguientes novedades en la plataforma del REPS:

- Apertura de modalidad de telemedicina para el manejo de la pandemia covid-19 para los servicios de:
Medicina Interna
Neumología
Nutrición y dietética
- Apertura del servicio:
Hematología
Pediatria
- Apertura de capacidad instalada:
Cama UCI 57 (se pasó de 13 camas a 70 camas UCI para la atención de la pandemia covid-19)

A continuación, se presenta la capacidad instalada de la ESE Hospital:

- Capacidad Instalada

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Cama	Modalidad	Modelo	Fecha de inscripción
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	AMBULANCIAS	Básica	104288		TERRESTRE	2013	10005481172
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	AMBULANCIAS	Medicalizada	100772		TERRESTRE	2015	10010137271
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	CAMAS	Pediátricas	0				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	CAMAS	Adultos	99				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	2				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	13				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	SALAS	Quirófano	4				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	SALAS	Procedimientos	1				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	SILLAS	Sillas de Hemodiálisis	60				
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	SALAS	Procedimientos	0				

Los servicios habilitados de la ESE se listan a continuación:

- Servicios Habilitados

Departamento	Municipio	Código Sede	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	101 - GENERAL ADULTOS	DHS002555
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	107 - CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHS002557
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	110 - CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHS002558
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	203 - CIRUGÍA GENERAL	DHS002559
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	204 - CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHS002560
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	205 - CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHS302166
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	206 - CIRUGÍA NEUROLÓGICA	DHS300637
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	207 - CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHS002561
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	208 - CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHS712800
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	209 - CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA	DHS002562
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	213 - CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHS002563
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	214 - CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA	DHS002564
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	215 - CIRUGÍA UROLÓGICA	DHS002565
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	217 - OTRAS CIRUGÍAS - NO ONCOLÓGICO	DHS414549
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	334 - CIRUGÍA DE TÓRAX	DHS171447
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	241 - TRASPLANTE DE TEJIDO OSTEO MUSCULAR	DHS744049
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	301 - ANESTESIA	DHS002566
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	302 - CARDIOLOGÍA	DHS002567
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	304 - CIRUGÍA GENERAL	DHS002568
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	308 - DERMATOLOGÍA	DHS002569
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	309 - DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - NO ONCOLÓGICO	DHS1162006
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	312 - ENFERMERÍA	DHS171448
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	320 - GINECOBISTRICIA	DHS002570
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	321 - HEMATOLOGÍA	DHS171449
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	323 - INFECTOLOGÍA	DHS252609
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	326 - MEDICINA GENERAL	DHS002572
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	329 - MEDICINA INTERNA	DHS002573
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	330 - NEFROLOGÍA	DHS1135816
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	331 - NEUMOLOGÍA	DHS002574
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	333 - NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS002575
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	335 - OFTALMOLOGÍA	DHS712801
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	337 - OPTOMETRÍA	DHS712802
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	339 - ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHS002576
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	340 - OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS002577
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	342 - PEDIATRÍA	DHS002578
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	344 - PSICOLÓGIA	DHS002579
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	345 - PSIQUIATRÍA	DHS1163108
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	354 - TOXICOLOGÍA	DHS1163107
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	355 - UROLOGÍA	DHS002580
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	356 - OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD - NO ONCOLÓGICO	DHS414550
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	366 - CIRUGÍA DE TÓRAX	DHS002582
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	369 - CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	DHS398273
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	372 - CIRUGÍA VASCULAR	DHS002583
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	387 - NEUROCIRUGÍA	DHS397296
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	411 - CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHS790676
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	501 - SERVICIO DE URGENCIAS	DHS002584
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	601 - TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHS002585
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	602 - TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHS002586
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	701 - DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	DHS002587
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	703 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DHS002588

Departamento	Municipio	Código Sede	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	704 - NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA	DHS002589
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	706 - LABORATORIO CLÍNICO	DHS002590
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	708 - UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLÓGICA	DHS002591
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	710 - RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DHS002592
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	712 - TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS787845
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	713 - TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA	DHS002593
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	714 - SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS002594
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	719 - ULTRASONIDO	DHS002595
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	729 - TERAPIA RESPIRATORIA	DHS002596
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	732 - ECOCARDIOGRAFIA	DHS002597
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	733 - HEMODIÁLISIS	DHS1161862
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	734 - DIÁLISIS PERITONEAL	DHS1162007
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	739 - FISIOTERAPIA	DHS002598
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	816 - ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	DHS642169
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	817 - ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO	DHS642170
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	01	E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA	950 - PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS002600
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	323 - INFECTOLOGÍA	DHS302740
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	338 - MEDICINA GENERAL	DHS302741
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	333 - NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS302742
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	344 - PSICOLÓGIA	DHS302743
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	712 - TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS302744
Antioquia	MEDELLÍN	0500106086	02	Sede Ambulatoria E.S.E Hospital La María - Sede 2	714 - SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS302745

42. Gestión Ambiental.

El área de gestión ambiental es responsable de garantizar establecer e implementar acciones encaminadas a dirigir la gestión ambiental del hospital, velando por el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente, dentro de las actividades que se realizan se encuentran:

- Planeación y desarrollo del comité Grupo de Gestión Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria GAGAS, elaborar las actas y hacer seguimiento al cumplimiento de tareas, acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya lugar.
- Concientización a funcionarios y Contratistas sobre la importancia y cuidado del medio ambiente y crear cultura ambiental, durante el año 2020 se realizó capacitación a 506 personas lo que corresponde al 58.7% del personal de la ESE; entre los temas de capacitación se encuentran: Segregación en la fuente, uso racional del agua, inducción Ambiental PGIRASA, manipulación de químicos, manejo y gestión de residuos peligrosos, pesaje de residuos, manejo adecuado del cuarto del almacenamiento de residuos, sensibilización de reciclaje, comparendo ambiental, manejo adecuado ropería, transporte interno de residuos hospitalarios, uso adecuado de los recipientes, protocolo manejo de residuos COVID-19, riesgos ambientales, legislación ambiental.
- Cálculo y análisis de los indicadores de destinación, es decir, la cantidad de residuos sometidos a desactivación de alta eficiencia, incineración, reciclaje, disposición en rellenos sanitarios, u otros sistemas de tratamiento dividido entre la cantidad total de residuos que fueron generados.
- Garantizar el control y manejo de plagas y vectores que pueden afectar las diferentes áreas del Hospital.
- Cumplimiento a la Resolución 1164/2002 / Decreto 351 de 2014. Actualización e implementación del PGIRASA.
- Reporte de manera semestral el formato RH1 en la página de la Alcaldía de Medellín.
- Fortalecimiento del proceso de disposición de residuos en todas las áreas de la entidad generando conciencia del compromiso ambiental que representa.
- Cuantificación de la generación de residuos peligrosos, a través del reporte RH1 que permite evidenciar la información de las cantidades mensuales de residuos peligrosos generados en el hospital.
- Convenio y/o contrato con gestor que preste sus servicios de aprovechamiento en la actividad de recolección y transporte de residuos reciclables generados en la E.S.E Hospital la María.
- Seguimiento a la cantidad de material reciclable generado y registrarlo en el formato.
- Seguimiento Diario a la temperatura de la nevera que contiene los residuos anatomopatológicos.
- Auditorías internas a los componentes de la gestión ambiental de hospital.
- Auditorías externas al gestor de residuos peligrosos.
- Inventario de recipientes en cada una de las áreas del hospital y dotación de

recipientes faltantes.

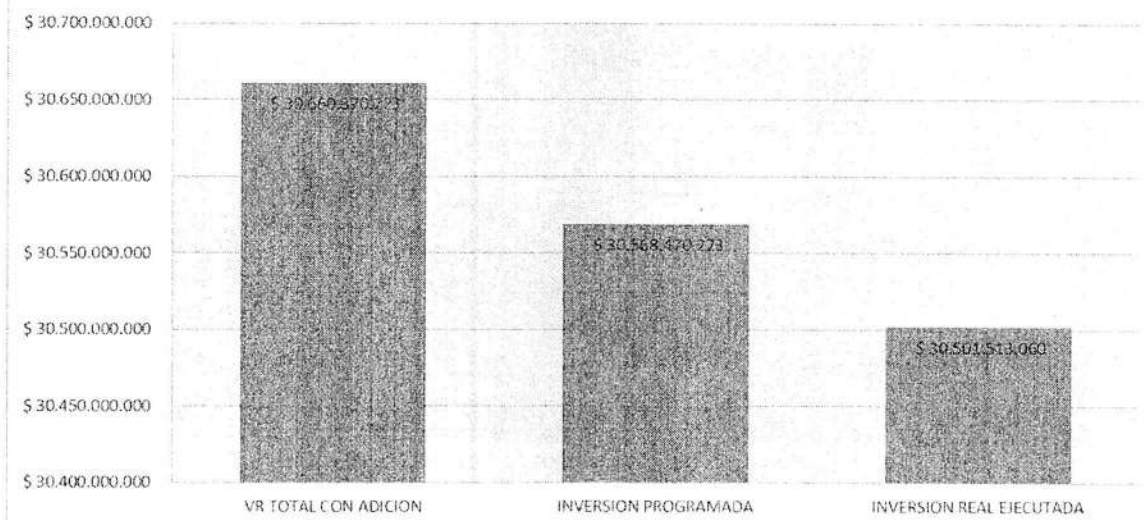
- Diligenciamiento del Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos, RESPEL, plataforma del IDEAM y Área Metropolitana del Valle de Aburrá AMVA, anualmente.
- Realización de rondas en los diferentes servicios del hospital para verificar el manejo adecuado de los residuos
- Actualización de procedimientos y protocolos ambientales de acuerdo a las necesidades presentadas.
- Realización mensual de la caracterización fisicoquímica y microbiológica del tanque de almacenamiento de agua para preservar y conservar la calidad.

43. Construcción de la nueva torre.

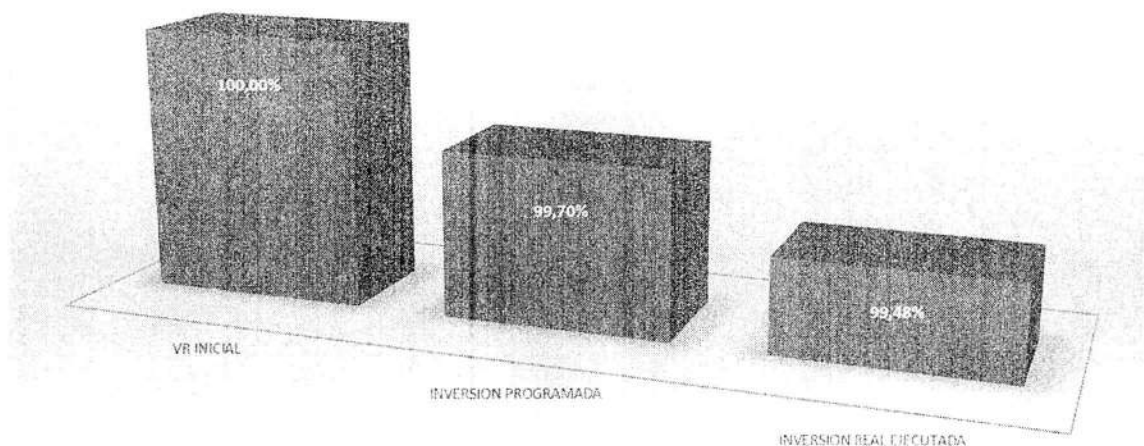
Según el contrato de interventoría 341 de 2017 y hacer parte del comité gerencial y técnico del proyecto construcción de la fase i de la torre asistencial de la E.S.E. hospital la María y así mismo asesorar y acompañar en las distintas etapas contractuales relacionadas con los diferentes procesos de obra pública que realice o adelante la ese hospital la María dentro del plan de ampliación y reposición de la infraestructura física de la institución"

No.	<u>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA</u> <u>ACTIVIDADES REALIZADAS</u>
1	<u>Vigilar el cumplimiento de las condiciones fijadas en los términos de referencia, planos y especificaciones generales para la debida ejecución del contrato.</u> TORRE MEDICO ASISTENCIAL: El ingeniero estructural Daniel Valencia, encargado del proyecto, entregó los ajustes de las plantas y despieces del nivel 1 a nivel 7 (cubierta) junto al de fundaciones, columnas y muros de contención. La supervisión técnica recibió los planos físicos y firmados por el diseñador y el revisor estructural de todo el proyecto. TORRE ADMINISTRATIVA: En el presente informe se da evidencia al avance en la obra. Detallando las actividades ejecutadas como instalaciones provisionales, localización y replanteo, movimientos de tierra, llenos, losas de fundación, acero de refuerzo, estructuras metálicas, muros en ladrillo, elementos no estructurales, recubrimiento, instalaciones sanitarias/lluvias internas, unidades manejadoras para agua helada, conductos metálicos, aislamientos térmicos de red agua helada y obras que extras que vienen desde meses anteriores y otras adicionales necesarias para el buen funcionamiento del proyecto.
2	<u>Revisar el cumplimiento de la programación de obra en cuanto a tiempo y ejecución de las diferentes actividades del contrato.</u> TORRE MEDICO ASISTENCIAL: En comités Gerenciales se hace reporte de los avances en materia de programación y de avances. En el último comité se evidencio la siguiente información. INFORME FINANCIERO Con respecto al flujo de inversión, a la fecha de hoy se debía tener ejecutado \$30.568.470.223, que corresponde a un 99.70% del valor del contrato más las dos adiciones y a la fecha se tiene un valor de \$30.501.513.060, que corresponde a un 99.48% del valor del contrato más las dos adiciones, es decir una diferencia de \$ 66.957.163, correspondiente al 0.22%, este análisis se hace con plazo de entrega el 18 de diciembre de 2020, ya que se hace una nueva ampliación de plazo de 1 mes, según la nueva programación:

AVANCE FINANCIERO EN PESOS \$



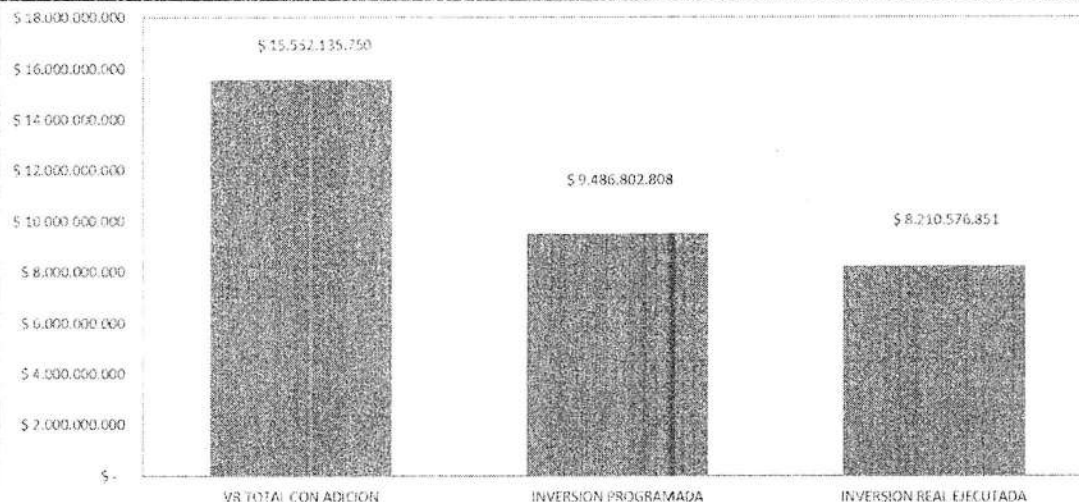
AVANCE FINANCIERO EN %



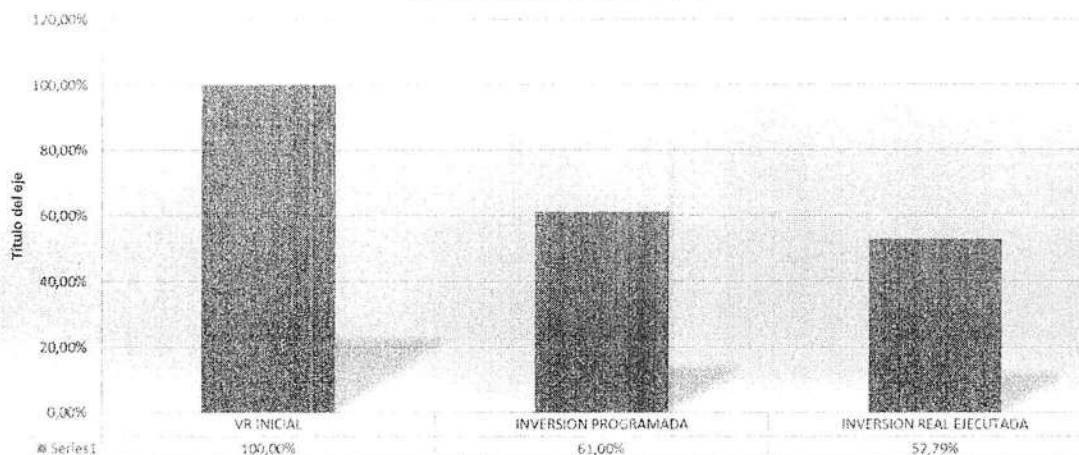
a la fecha se está haciendo gestión para hacer una adición de 2.500 millones para la terminación del nivel +20 y +24 y además de ampliación de 5 meses para dicho fin.

TORRE ADMINISTRATIVA:

Con respecto a la programación se tenía un porcentaje programado del 61% que equivale a \$ 9.486.802.808 y a la fecha estamos en 52.79% que equivale a \$ 8.210.576.851, a la fecha no se está generando un atraso de inversión del 8.21% que en dinero son \$1.276.225.957, estos datos son con la nueva reprogramación para terminar en el mes de febrero, a lo cual se está gestionando la ampliación de plazo.



AVANCE FINANCIERO EN %



Efectuar, dentro del transcurso de la obra mediciones periódicas de los ítems ejecutado y así poder controlar las actividades.

TORRE MEDICO ASISTENCIAL:

Durante este lapso de tiempo la interventoría no presento acta de cobro, ya que en comité gerencial se llegó a un acuerdo con el representante legal del consorcio La María, para que no se generara pago, debido a que se está a la espera de la adición presupuestal para terminar el proyecto y se haría la adición y ampliación igualmente de la interventoría.

En este mes la empresa constructora IDC inversiones SAS, presento acta No. 12 adición (otrosí No. 3 y No. 5) por valor de 796.418.441 SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M.L, con la respectiva amortización del 30% de anticipo.

TORRE ADMINISTRATIVA:

La interventoría UNION TEMPORAL SERVICIOS E INTERVENTORIAS, presento acta de interventoría No. 02 por un valor de CIENTO CINCO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS (\$105.613.575), haciendo el respectivo descuento del 30% de anticipo

El consorcio CCC La María durante este periodo presenta acta de avance de obra No.08 por valor de MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M.L. (\$1.571.971.270) amortizando el 30% de anticipo

Exigir para la ejecución de la obra, materiales, mano de obra y elementos de primera calidad que estén conformes con las normas y especificaciones establecidas en planos.

Constantemente se hace la exigencia a los constructores los certificados de calidad de cada uno de los materiales usados en obra, y este reposa en cada uno de los informes de interventoría que se encuentran en la

7

respectiva carpeta de las obras.

Realizar análisis a las pruebas de laboratorio que sean requeridos para establecer exactamente las condiciones técnicas.

Los constructores IDC inversiones (Torre Asistencial) y consorcio CCC (Torre Administrativa), entregan los resultados de ensayos diversos para garantizar los concretos instalados y el acero instalado.

Exigir la aplicación estricta de todas las normas técnicas y reglamentaciones exigidas por la entidad u organismos que regulen la materia aplicable al objeto del contrato.

Exigir el total cumplimiento de las especificaciones de construcción para todos los ítems de la obra, así como las que aparezcan en los planos constructivos.

TORRE MEDICO ASISTENCIAL:

Durante la construcción del proyecto de este mes, se inspeccionó y se vigiló todo lo relacionado con la ejecución de la obra, incluyendo entre otras:

- Mampostería nivel +24.00(eje A)
- Revoque nivel +24.00.
- Estuco nivel +24.00.
- Enchapes baños y cuartos de aseo nivel +24.00.
- Instalación red de aire acondicionado nivel +20.00.
- Corte y sello de juntas en piso de contrapiso (nivel +0.00).
- Impermeabilización baños nivel +24.00 (eje A).
- Proceso de pulido y brillo de piso y medias caña nivel +20.00.
- Instalación red de gas medicinal nivel +20.00
- Instalación red contra incendios nivel +20.00
- Instalación de baldosa de piso nivel +24.00
- Suministro e instalación de UMA Nivel +20.00

CONTROL DE ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES

La comisión topográfica de la interventoría revisó los asentamientos de las siguientes columnas en el nivel +0.00, los resultados, en milímetros, a la fecha son:

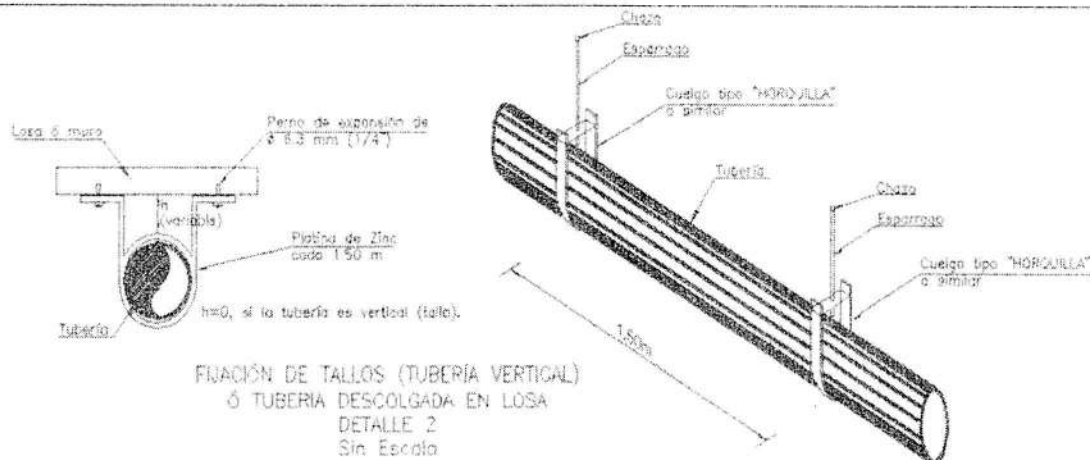
Columna	Asentamiento	Columna	Asentamiento	Columna	Asentamiento	Columna	Asentamiento	Columna	Asentamiento	Columna	Asentamiento
1	0mm	2	0mm	3	1mm	4	1mm	5	1mm	6	0mm
7	0mm	8	0mm	9	3mm	10	0mm	11	3mm	12	0mm
13	0mm	14	1mm	15	1mm	16	1mm	17	1mm	18	1mm
19	1mm	20	0mm	21	2mm	22	8mm	23	0mm	24	3mm
25	0mm	26	0mm	27	0mm	28	3mm	29	1mm	30	6mm
31	0mm	32	0mm	33	2mm	34	2mm	35	6mm	36	3mm

 Consorcio la María	Proyecto:		Ampliación ESE HOSPITAL LA MARÍA - EDIFICIO I		
	Fecha:	Desde	19/11/2020	Hasta	18/12/2020
	Responsable:	Jaime Fidel Jaime			
FORMATO LISTA DE CHEQUEO CIMENTACIONES					
A. CIMENTACIÓN	ELEMENTO:				OBSERVACIONES
	MICROPILOTOS	DADOS	VIGAS	ARANQUES	
Se realizó la localización topográfica?	X	X	X	X	Localización realizada por IDC Inversiones y chequeada por interventoría.
Se revisaron las dimensiones geométricas de las excavaciones para fundaciones?	X	X	X	X	Localización realizada por IDC Inversiones y chequeada por interventoría.
Se realizó la limpieza de fondo de las excavaciones?	X	X	X	-	Se realizó un mortero de limpieza para garantizar la limpieza en las vigas de fundación y dados. Además se realizaron ensanchamientos en los micropilotes (se aumentó el diámetro a 30 cm en los 50 cm iniciales) por recomendación del diseñador estructural.
Se instaló el sistema de drenaje?	X	X	X	X	
Se revisaron los estratos y niveles de fundación?		X	X	-	se chequearon topográficamente los niveles de fundación.
Se revisó la protección de las excavaciones?	X	X	X	-	Las excavaciones se realizan por medio de una máquina con barra autoprotegente. En cuanto a los dados y las vigas de fundación se construyeron recientes en concreto para evitar deslizamientos.
Se llevó un control del nivel freático?	X	X	X	-	Se pretende controlar niveles freático con la construcción de los filtros hasta el momento el nivel freático se ha controlado en el nivel 0.00
B. ASENTAMIENTOS					
Se revisaron los asentamientos totales? Se encuentran dentro de los límites establecidos por la NSR-10?	X	X	X	X	Chequeada por la comisión de topografía de la interventoría
Se revisaron los asentamientos diferenciales? Se encuentran dentro de los límites establecidos por la NSR-10?	X	X	X	X	Cumple con las especificaciones de la NSR-10
Se revisaron los frentes de giro?	X	X	X	X	

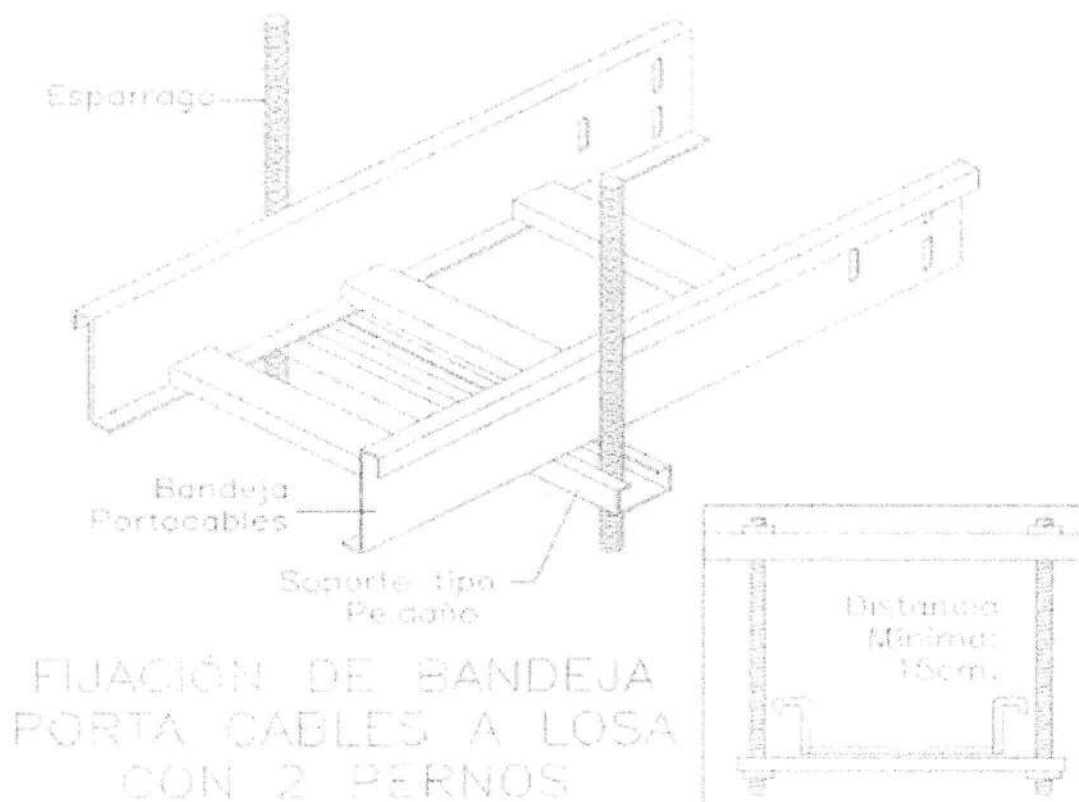
CONTROL DE ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES

A continuación se presenta un formato de control realizado por la gestión estructural para la verificación de los elementos no estructurales

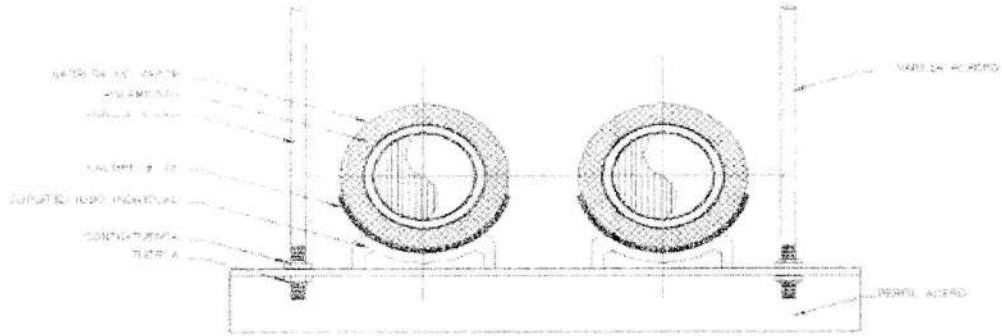
 Consorcio la María	Proyecto:		Ampliación ESE HOSPITAL LA MARÍA - EDIFICIO I		
	Fecha:	Desde	19/11/2020	Hasta	18/12/2020
	Responsable:	Jaime Fidel Jaime			
FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES					
ELEMENTOS PREVIOS A VERIFICAR	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES		
Se verificó si el diseño estructural contempla las cargas muertas de los elementos no estructurales horizontales?	X				
Se verificó si el diseño estructural contempla las cargas muertas de los elementos no estructurales verticales?	X				
Se verificó si el diseño estructural contempla las cargas muertas de los equipos fijos?	X				
El diseño de acabados y elementos arquitectónicos y decorativos cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?	X				
El diseño de instalaciones hidráulicas y sanitarias cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?	X		Ver detalle anexo(ver imagen 6)		
El diseño de instalaciones eléctricas cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?	X		Ver detalle anexo(ver imagen 7)		
El diseño de instalaciones de gas cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?	X		Ver detalle anexo(ver imagen 8)		
El diseño de instalación de equipos mecánicos cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?	X		el equipo mecánico corresponde a los dos ascensores camilleros.		
El diseño de estanterías cumplen con el grado de desempeño sísmico de acuerdo al grupo de uso de la edificación?			No aplica para este proyecto		



Detalle de fijación de las instalaciones hidráulicas a la losa



detalle de fijación de las instalaciones eléctricas a la losa



SOPORTE CONJUNTO PARA GAS MEDICINAL

 Consorcio la María	Proyecto		Ampliación ESE HOSPITAL LA MARÍA - EDIFICIO I			
	Fecha	Desde	19/11/2020		Hasta	18/12/2020
	Responsable		Jaime Fidel Jaime Cortés			
CONTROL DE ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES						
ELEMENTOS A VERIFICAR			CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES	
A	Se verificó grado de desempeño de los elementos no estructurales acorde con el grupo de uso de la edificación		X			
B	Se conserva el criterio de diseño del diseñador de elementos no estructurales		X			

CONTROL DE ESTRUCTURAS METALICAS.



 Consortio la María	Proyecto:		Ampliación ESE HOSPITAL LA MARÍA - EDIFICIO	
	Fecha:		Desde	19/11/2020 Hasta 18/12/2020
	Responsable:		Jaime Fidel Jaime Cortés	
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INSPECCION ESTRUCTURAS METALICAS				
A. INSPECCIÓN ELEMENTOS FABRICADOS ANTES DE GALVANIZAR O PINTAR		ELEMENTO:		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
Se verificó la especificación de materiales, resistencia a la fluencia (fy), diámetro, número de barras, longitud?		X		
Se verificó las dimensiones generales, rectitud, distorsión del conjunto?		X		
Se revisó la identificación y verificación de las dimensiones de los materiales utilizados de acuerdo con planos y listas de materiales?		X		
Se revisó la calificación de los soldadores?		X		
Se revisó el procedimiento de soldadura? Se efectuaron todas las soldaduras especificadas?		X		Se realizó ensayos de líquidos penetrantes y inspección visual
Se revisó el grado de fusión con el material base de la soldadura, existencia de porosidades, grietas o socavaciones excesivas en la soldadura?		X		Se realizó ensayos de líquidos penetrantes y inspección visual
Se revisó la remoción de escoria?		X		
Se revisó el marcado de piezas?		X		
Se detectó la omisión de detalles o componentes?		X		
Se revisó si hay daños en los elementos?		X		
B. INSPECCIÓN Y CONTROL DE LA PINTURA				
Se revisó la limpieza previa?		X		
Se revisó el acabado (inspección visual)?		X		
Se revisó el espesor de la capa de pintura?		X		
Se revisó la adherencia de la capa de pintura?		X		
TORRE ADMINISTRATIVA:				
Entrega de los resultados a los ensayos de la resistencia de los concretos vaciados a la fecha.				
9	Realizar una verificación previa a la entrega de la obra, bien o servicio contratado, a fin de constatar el cumplimiento del contrato y ordenar el mejoramiento de aspectos deficientes, disponiendo a cargo del contratista las pruebas y ensayos de laboratorio requeridos.			
NO APLICA TODAVIA.				
10	Realizar por escrito al interventor de la obra, todas las observaciones respecto a irregularidades o recomendaciones a corregir, encontradas en la ejecución y desarrollo de la obra.			
TORRE MEDICO ASISTENCIAL:				

Nombre de tarea	Costo	% completado ideal	% completado real	diferencia	atraso en días
TORRE ASISTENCIAL I - HOSPITAL LA MARIA	\$ 271.870.320	61%	35%	26%	8,27
NIVEL +20.00	\$ 271.870.320	61%	35%	26%	8,27
instalacion UMA	\$ 41.840.320	100%	50%	50%	4,00
instalacion de unidad de volumen variable	\$ 2.080.000	100%	60%	40%	4,00
Red gas medicinal	\$ 17.500.000	100%	90%	10%	1,00
Redes electricas	\$ 54.000.000	56%	60%	-4%	-1,20
red contraincendio	\$ 31.500.000	100%	70%	30%	4,50
instalacion de BY PASS	\$ 6.000.000	56%	0%	56%	16,80
sistema red voz y datos	\$ 18.000.000	84%	25%	59%	11,80
instalacion de tableros electricos de distribucion	\$ 1.800.000	100%	40%	60%	2,40
pulida y brillo de piso	\$ 7.000.000	100%	70%	30%	4,50
Aparatos sanitarios	\$ 17.500.000	16%	30%	-14%	-0,84
Instalacion de regaderas y teleduchas	\$ 7.500.000	0%	0%	0%	0,00
Instalacion de puertas	\$ 900.000	0%	0%	0%	0,00
instalacion de alfajia y remate de muro en drywall contra fachada flotante	\$ 3.000.000	22%	0%	22%	3,30
pintura en muros	\$ 22.500.000	6%	10%	-4%	-0,60
Aparatos electricos	\$ 21.250.000	0%	0%	0%	0,00
llamado de enfermeria	\$ 19.500.000	41%	41%	0%	0,00

TORRE ADMINISTRATIVA:

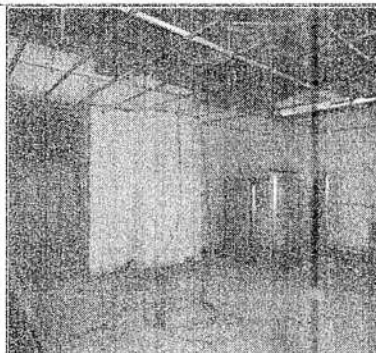
A continuación, se describen las actividades que deberían estar en ejecución y finalizadas para este periodo (basado en una reprogramación de obra la cual fue solicitada por interventoría y suministrada por el contratista de obra.

Item	Actividad	Dur	Comienzo	Fin
	ORDEN DE INICIO	0 días	lun 16/03/20	lun 16/03/20
	REVISIÓN DISEÑOS	17 días	lun 16/03/20	sáb 04/04/20
1	PRELIMINARES	227 días	lun 16/03/20	mar 29/12/20
	INSTALACIONES PROVISIONALES	17 días	lun 16/03/20	sáb 04/04/20
	LOCALIZACION Y REPLANTEO	210 días	lun 06/04/20	mar 29/12/20
2	RETIROS Y DEMOLICIONES	133 días	lun 16/03/20	sáb 29/08/20
	DEMOLICIONES	133 días	lun 16/03/20	sáb 29/08/20
3	MOVIMIENTOS DE TIERRA	210 días	sáb 02/05/20	sáb 23/01/21
	CORTES	210 días	sáb 02/05/20	sáb 23/01/21
	LLENOS	160 días	mié 17/06/20	jue 07/01/21
	FILTROS E IMPERMEABILIZACIONES	160 días	mié 17/06/20	jue 07/01/21
4	CONCRETOS	147 días	mié 27/05/20	mar 24/11/20
	VIGAS DE FUNDACIÓN	90 días	mié 17/06/20	lun 05/10/20
	LOSAS DE FUNDACIÓN	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
6	ESTRUCTURAS METALICAS	80 días	mar 06/10/20	mié 20/01/21
7	MAMPOSTERIAS, DIVISIONES Y ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES	85 días	mar 11/08/20	sáb 21/11/20
8	CUBIERTAS Y CIELOS	53 días	sáb 26/11/20	lun 08/02/21
	CIELO FALSO	45 días	mié 09/12/20	lun 08/02/21
	IMPERMEABILIZACIONES	15 días	sáb 28/11/20	mié 16/12/20
9	RECUBRIMIENTOS	150 días	lun 24/08/20	sáb 27/02/21
	PAÑETES	80 días	lun 24/08/20	vie 27/11/20
	ENCHAPES	30 días	mié 11/11/20	jue 17/12/20
	ESTUCOS Y PINTURAS	54 días	vie 18/12/20	sáb 27/02/21
10	PISOS Y ZOCALOS	70 días	mié 11/11/20	jue 11/02/21
	ACABADOS DE PISO	60 días	mié 11/11/20	sáb 30/01/21

	ZOCALOS, FAJAS Y ENCHARQUES	60 días	mar 24/11/20	jue 11/02/21
11	CARPINTERIA METALICA (puertas y vidrieras incluyen cerraduras y haladeras según los detalles arquitectónicos)	44 días	sáb 28/11/20	jue 28/01/21
	VENTANAS METALICAS	30 días	sáb 28/11/20	mar 12/01/21
	CORTINAS ENROLLABLES	14 días	mié 13/01/21	jue 28/01/21
	PASAMANOS	14 días	mié 13/01/21	jue 28/01/21
	ACCESORIOS	7 días	jue 21/01/21	jue 28/01/21
14	INST. HIDRÁULICAS/SANITARIAS	151 días	sáb 25/07/20	mar 02/02/21
	INSTALACIONES HIDRÁULICAS INTERNAS	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
	INSTALACIONES SANITARIAS/LLUVIAS INTERNAS	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
	CAJAS	21 días	mié 25/11/20	sáb 19/12/20
	BOMBAS / TANQUES	30 días	lun 28/12/20	mar 02/02/21
	INSTALACIONES HIDRAULICAS INTERNAS ADICIONALES	50 días	sáb 12/09/20	mié 11/11/20
	RED HIDRAULICA SANITARIAALCANTARILLADO AGUAS LLUVIAS Y RESIDUALES EXTERNA	45 días	jue 12/11/20	jue 14/01/21
15	AIRE ACONDICIONADO	80 días	mar 06/10/20	mié 20/01/21
16	RED CONTRA INCENDIOS	60 días	mar 17/11/20	jue 04/02/21
18	REDES ELÉCTRICAS	110 días	mar 06/10/20	mié 24/02/21
	APANTALLAMIENTO	50 días	mar 06/10/20	sáb 05/12/20
	TUBERIA Y CABLEADO CIRCUITOS RAMALES	60 días	mié 11/11/20	sáb 30/01/21
	TABLEROS DE DISTRIBUCION Y PROTECCIONES	14 días	lun 01/02/21	mar 16/02/21
	TUBERIA Y ALIMENTADORES A TABLEROS	7 días	mié 17/02/21	mié 24/02/21
	LUMINARIAS	14 días	lun 01/02/21	mar 16/02/21
	SALIDAS TELECOMUNICACIONES	45 días	vie 18/12/20	mié 17/02/21
	RED DE MEDIA TENSION, S/E ELECTRICA	41 días	lun 19/10/20	lun 07/12/20
	ASCENSORES	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
19	URBANISMO	80 días	vie 23/10/20	vie 05/02/21
	PISOS	45 días	vie 23/10/20	jue 17/12/20
	AMOBILIARIO URBANO	14 días	jue 21/01/21	vie 05/02/21
	PAISAJISMO	21 días	vie 18/12/20	mié 20/01/21
OE	OBRA EXTRA	180 días	sáb 20/06/20	jue 04/02/21
	GASES MEDICINALES	60 días	mié 11/11/20	sáb 30/01/21

Las actividades que a la fecha presentan un atraso se describen a continuación, pero se debe tener en cuenta que se están realizando otras actividades que no estaban contempladas dentro la ejecución del proyecto pero que son necesarias para el buen funcionamiento y desarrollo de este, y se realizan los respectivos cambios de obra ya q existen actividades que no se ejecutan y por eso se realizan obras extras. Se describe a continuación que actividades están presentando un atraso siguiendo la programación inicial de la obra

Item	Actividad	Dur.	Comienzo	Fin
1	PRELIMINARES	227 días	lun 16/03/20	mar 29/12/20
	INSTALACIONES PROVISIONALES	17 días	lun 16/03/20	sáb 04/04/20
	LOCALIZACION Y REPLANTEO	210 días	lun 06/04/20	mar 29/12/20
3	MOVIMIENTOS DE TIERRA	210 días	sáb 02/05/20	sáb 23/01/21
	CORTES	210 días	sáb 02/05/20	sáb 23/01/21
	LLENOS	160 días	mié 17/06/20	jue 07/01/21
	FILTROS E IMPERMEABILIZACIONES	160 días	mié 17/06/20	jue 07/01/21
5	ACERO	120 días	sáb 20/06/20	sáb 14/11/20
	ACERO DE REFUERZO	120 días	sáb 20/06/20	sáb 14/11/20
	MALLA ELECTROSOLDADA	120 días	sáb 20/06/20	sáb 14/11/20
6	ESTRUCTURAS METALICAS	80 días	mar 06/10/20	mié 20/01/21
7	MAMPOSTERIAS, DIVISIONES Y ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES	85 días	mar 11/08/20	sáb 21/11/20
	MUROS EN LADRILLO	80 días	mar 11/08/20	sáb 14/11/20
	ELEMENTOS NO ESTRUCTURALES	80 días	mar 18/08/20	sáb 21/11/20
8	CUBIERTAS Y CIELOS	53 días	sáb 28/11/20	lun 08/02/21
	CIELO FALSO	45 días	mié 09/12/20	lun 08/02/21
	IMPERMEABILIZACIONES	15 días	sáb 28/11/20	mié 16/12/20

	9	RECUBRIMIENTOS	150 días	lun 24/08/20	sáb 27/02/21
		ENCHAPES	30 días	mié 11/11/20	jue 17/12/20
	10	PISOS Y ZOCALOS	70 días	mié 11/11/20	jue 11/02/21
		ACABADOS DE PISO	60 días	mié 11/11/20	sáb 30/01/21
		ZOCALOS, FAJAS Y ENCHARQUES	60 días	mar 24/11/20	jue 11/02/21
	11	CARPINTERIA METALICA (puertas y vidrieras incluyen cerraduras y haladeras según los detalles arquitectónicos)	44 días	sáb 28/11/20	jue 28/01/21
		VENTANAS METALICAS	30 días	sáb 28/11/20	mar 12/01/21
	14	INST. HIDRÁULICAS/SANITARIAS	151 días	sáb 25/07/20	mar 02/02/21
		INSTALACIONES HIDRÁULICAS INTERNAS	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
		INSTALACIONES SANITARIAS/LLUVIAS INTERNAS	100 días	sáb 25/07/20	mar 24/11/20
		CAJAS	21 días	mié 25/11/20	sáb 19/12/20
		INSTALACIONES HIDRAULICAS INTERNAS ADICIONALES	50 días	sáb 12/09/20	mié 11/11/20
		RED HIDRAULICA SANITARIAALCANTARILLADO AGUAS LLUVIAS Y RESIDUALES EXTERNA	45 días	jue 12/11/20	jue 14/01/21
	16	RED CONTRA INCENDIOS	60 días	mar 17/11/20	jue 04/02/21
	18	REDES ELÉCTRICAS	110 días	mar 06/10/20	mié 24/02/21
		APANTALLAMIENTO	50 días	mar 06/10/20	sáb 05/12/20
	19	URBANISMO	80 días	vie 23/10/20	vie 05/02/21
		PISOS	45 días	vie 23/10/20	jue 17/12/20
		GASES MEDICINALES	60 días	mié 11/11/20	sáb 30/01/21
11	<u>Realizar pagos oportunamente a la seguridad social integral en salud, pensión y ARL.</u> Se hace el pago de la seguridad social la cual se puede evidenciar en la planilla No. 47236913 del mes de diciembre de 2020, el pago de la ARL le corresponde al empleador según artículo 2.2.4.2.2.13 del Decreto único del sector trabajo 1072 de 2015, debido a que es riesgo V, a pesar de ello se está pagando por la empresa SINERGIA INTERCO SAS con planilla No. 47237522				
12	<u>Acatar las recomendaciones o sugerencias que le dé, el comité Gerencial y técnico, en los términos del convenio interadministrativo No. 484 de 2017.</u>				
<u>Realizar la supervisión, vigilancia y planeación de las actividades del proyecto.</u> <u>Verificación de avance de obra:</u>					
TORRE MEDICO ASISTENCIAL					
13					
					
					
FOTO 1: Instalación de tubería en acero al carbón NFPA, colgada por losa para la red contraincendios en el nivel +20.00m. FOTO 2: Instalación de cable utp, cableado eléctrico y aparatos eléctricos para la red de voz-datos, tomas e iluminación en el nivel +20.00m. FOTO 3: Instalación de mampostería en ladrillo tolete para muros de divisiones internas en el nivel +24.00m entre los ejes A1-B1-A6-B6.					

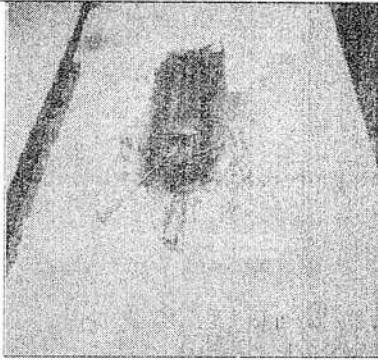


FOTO 4: Instalación de tubería conduit, tubería emt y cajas eléctricas en muros del nivel +24.00m. para la red de voz-datos, tomas e iluminación.

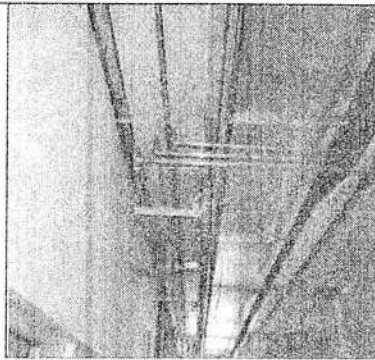


FOTO 5: Instalación de tubería de cobre colgada por losa para la red de gas medicinal en el nivel +20.00m.

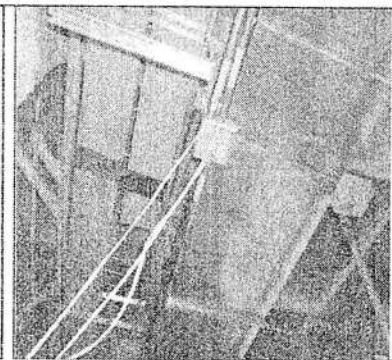


FOTO 6: Instalación de cable utp, cableado eléctrico y aparatos eléctricos para la red de voz-datos, SONIDO, tomas e iluminación en el nivel +20.00m.

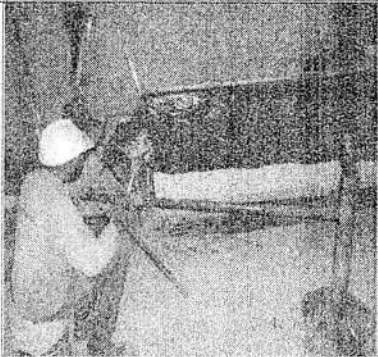


FOTO 7: Instalación de tubería en acero al carbón NFPA, colgada por losa para la red contraincendios en el nivel +20.00m.

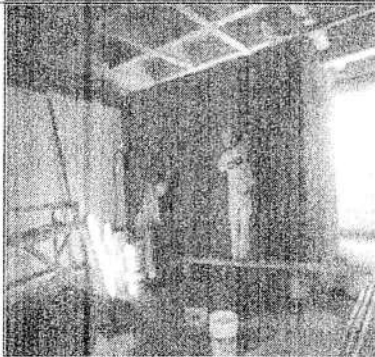


FOTO 8: Aplicación de revoques en muros del nivel +24.00m.



FOTO 9: Instalación de baldosa cerámica en pisos y paredes de baños en el nivel +24.00m.

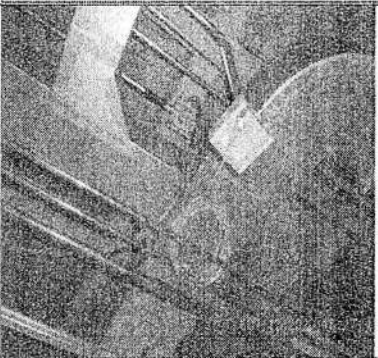


FOTO 10: Instalación de cable utp para la red de voz y datos del nivel +20.00m.



FOTO 11: Instalación de baldosa cerámica en pisos y paredes de baños en el nivel +24.00m.



FOTO 12: Construcción de cielo falso en drywall en el nivel +20.00m.



FOTO 13: Instalación de tubería de cobre colgada por losa para la red de gas medicinal en el nivel +20.00m.

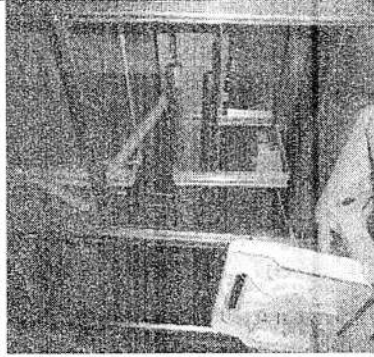


FOTO 14: Instalación de tubería de cobre colgada por losa para la red de gas medicinal en el nivel +20.00m.

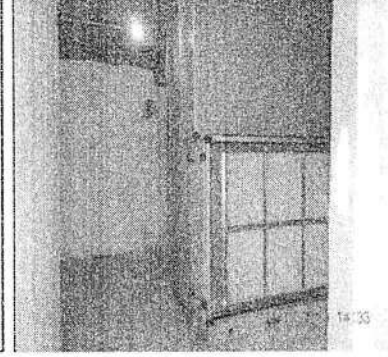


FOTO 15: Se realiza el proceso de ensamble y montaje de la UMA del nivel +20.00m.

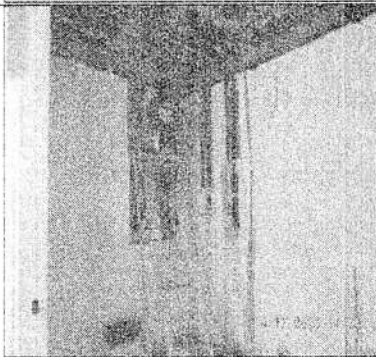


FOTO 16: Instalación de tableros eléctricos en cuarto técnico del nivel +20.00m.

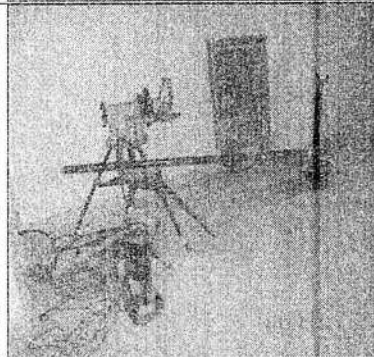


FOTO 17: Instalación de tubería en acero al carbón NFPA, colgada por losa para la red contraincendios en el nivel +20.00m.

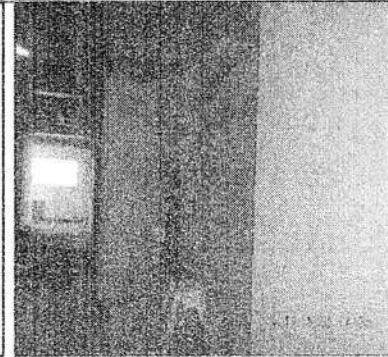


FOTO 18: Aplicación de estuco plástico en muros y columnas del nivel +24.00m.



FOTO 19: Se realiza el proceso de pulido y brillo de piso en baldosa de grano en el nivel +20.00m.

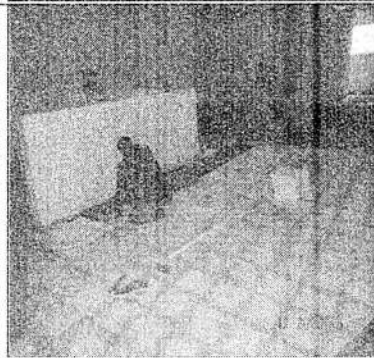


FOTO 20: Instalación de baldosa de grano en pisos del nivel +24.00m.

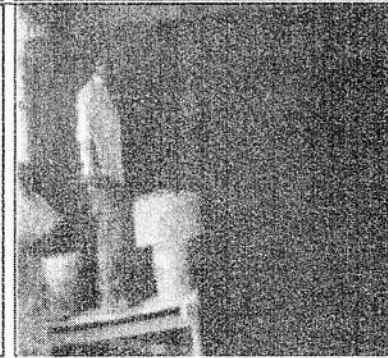


FOTO 21: Aplicación de revocos en muros del nivel +24.00m.

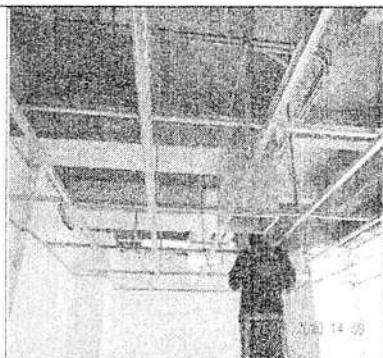


FOTO 22: Fabricación e instalación de ductos en Polisocianurato para la red de aire acondicionado del nivel +20.00m.

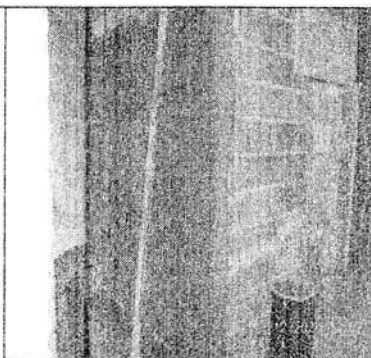


FOTO 23: Aplicación de revoques en muros del nivel +24.00m.



FOTO 24: Instalación de ducto metálico, bandeja cablefil, tubería emt y cajas eléctricas colgadas por losa para la red de voz-datos, tomas e iluminación en el nivel +24.00m.



FOTO 25: Construcción de zócalo en media caña en grano pulido en el nivel +24.00m.



FOTO 26: Instalación de baldosa de grano en pisos del nivel +24.00m.

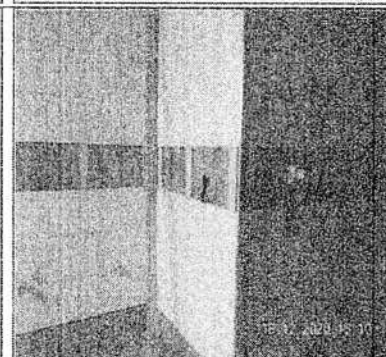


FOTO 27: Instalación de baldosa cerámica en pisos y paredes de baños en el nivel +24.00m.



FOTO 28: Se realiza el proceso de pulido y brillado de piso en baldosa de grano en el nivel +20.00m.



FOTO 29: Instalación de puertas de madera en el nivel +20.00m.

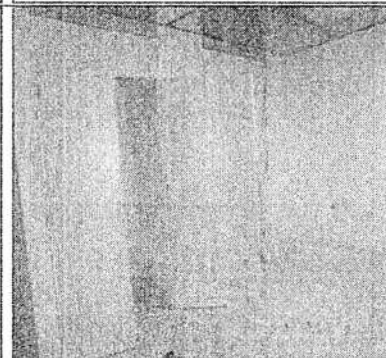


FOTO 30: Instalación de puertas de madera en el nivel +20.00m.



FOTO 31: Instalación de mampostería en ladrillo tolete para muros de divisiones internas en el nivel +24.00m entre los ejes A1-B1-A8-B6.



FOTO 32: Instalación de baldosa cerámica en pisos y paredes de baños en el nivel +24.00m



FOTO 33: Instalación de tubería pvc-presión, pvc-sanitaria, válvulas Rw y terminales en cobre para la red hidrosanitaria del nivel +24.00m.



FOTO 34: Construcción de cielo falso en drywall en el nivel +20.00m

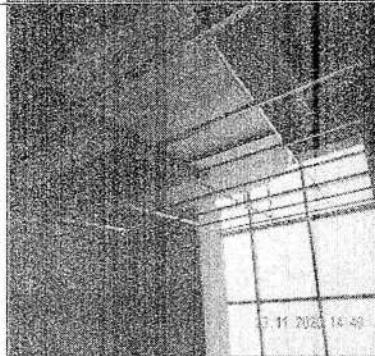


FOTO 35: Construcción de cielo falso en drywall en el nivel +20.00m.



FOTO 36: Instalación de tubería en acero al carbón NFPA, colgada por losa para la red contraincendios en el nivel +20.00m.



FOTO 37: Instalación de tubería pvc-sanitaria para las salidas de ventilación de la red hidrosanitaria en el nivel +28.00m.

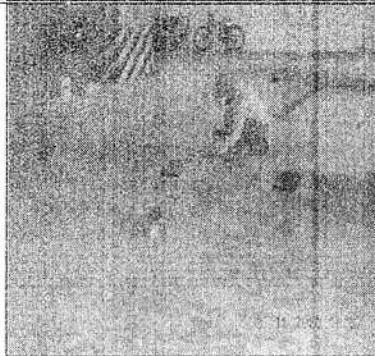


FOTO 38: Aplicación de sikaflex en juntas de dilatación de la losa de contrapiso en el nivel 0.00m



FOTO 39: Instalación de tubería pvc-presión, pvc-sanitaria, válvulas Rw y terminales en cobre para la red hidrosanitaria del nivel +24.00m

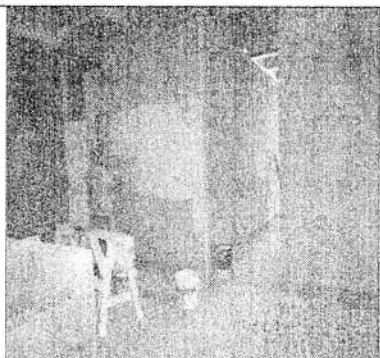


FOTO 39: Aplicación de estuco plástico en muros y columnas del nivel +24.00m.

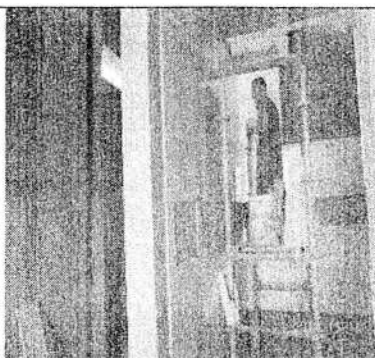


FOTO 40: Instalación de baldosa cerámica en pisos y paredes de baños en el nivel +24.00m.



FOTO 41: Descargue y almacenaje de la UMA del nivel +20.00m.

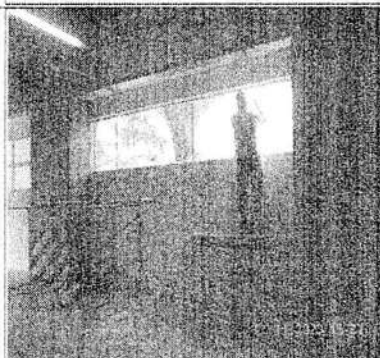


FOTO 42: Aplicación de pintura en muros del nivel 0.00m, en zona de parqueaderos.

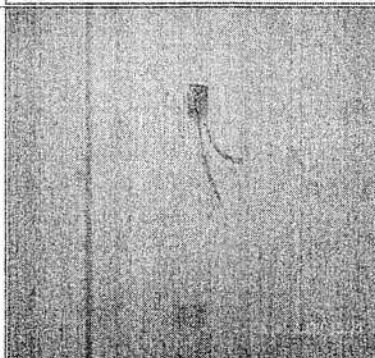


FOTO 43: Instalación de cableado eléctrico y aparatos eléctricos para la red de tomas e iluminación del nivel +20.00m.

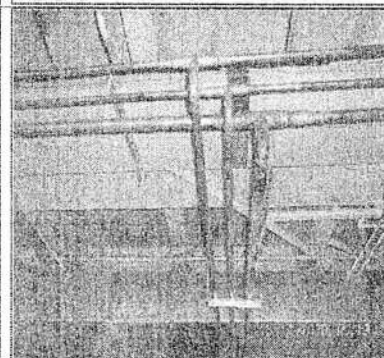


FOTO 44: Instalación de tubería de cobre colgada por losa para la red de gas medicinal en el nivel +20.00m.



FOTO 45: Se realiza el proceso de pulido y brillo de piso en baldosa de grano en el nivel +20.00m.

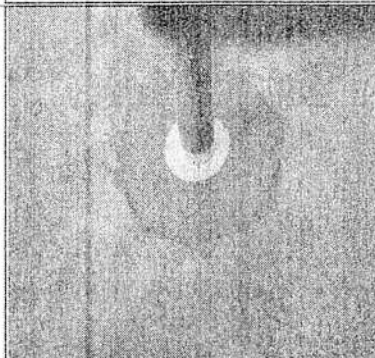


FOTO 46: Instalación de tubería pvc-sanitaria para las salidas de ventilación de la red hidrosanitaria en el nivel +28.00m.

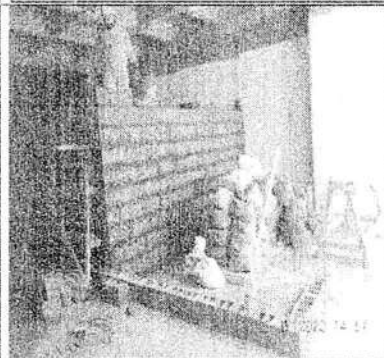


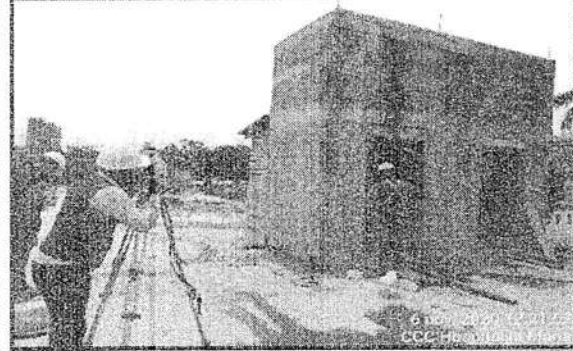
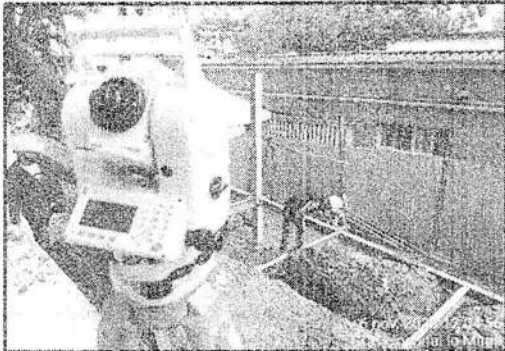
FOTO 47: Instalación de mampostería en ladrillo tolete para muros de divisiones internas en el nivel +24.00m entre los ejes A1-B1-A6-B6.

TORRE ADMINISTRATIVA.

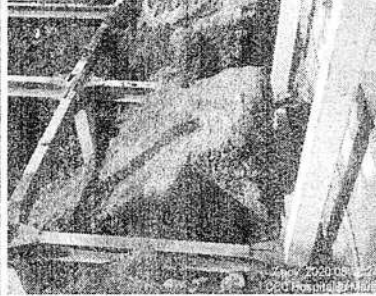
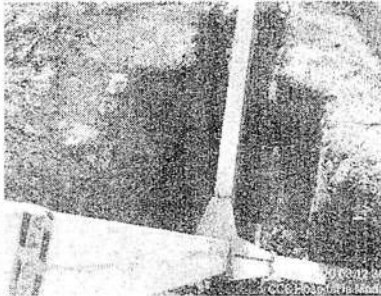
INSTALACIONES PROVISIONALES



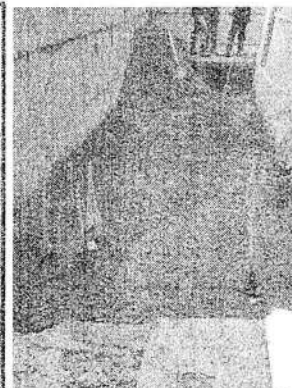
LOCALIZACIÓN Y REPLANTEO



MOVIMIENTOS DE TIERRA

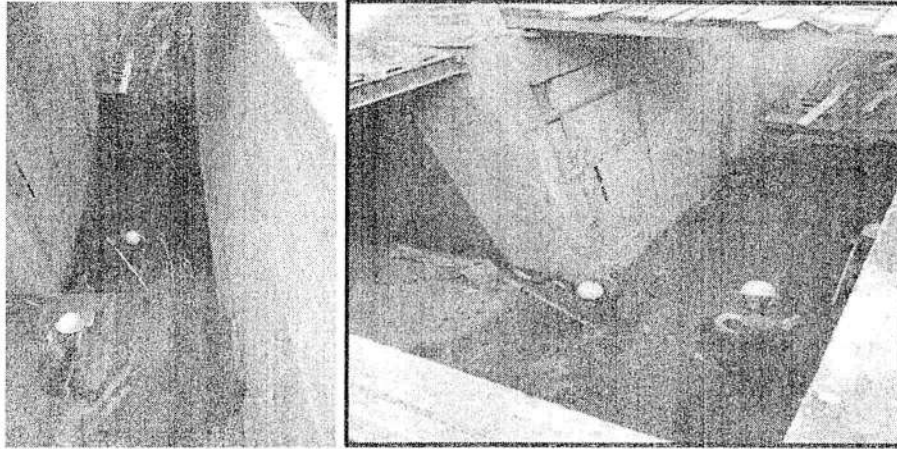


LLENOS

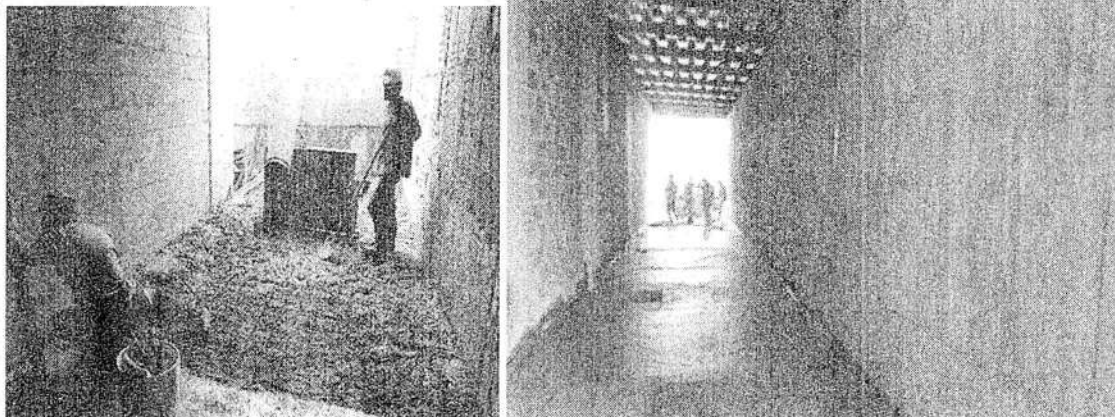




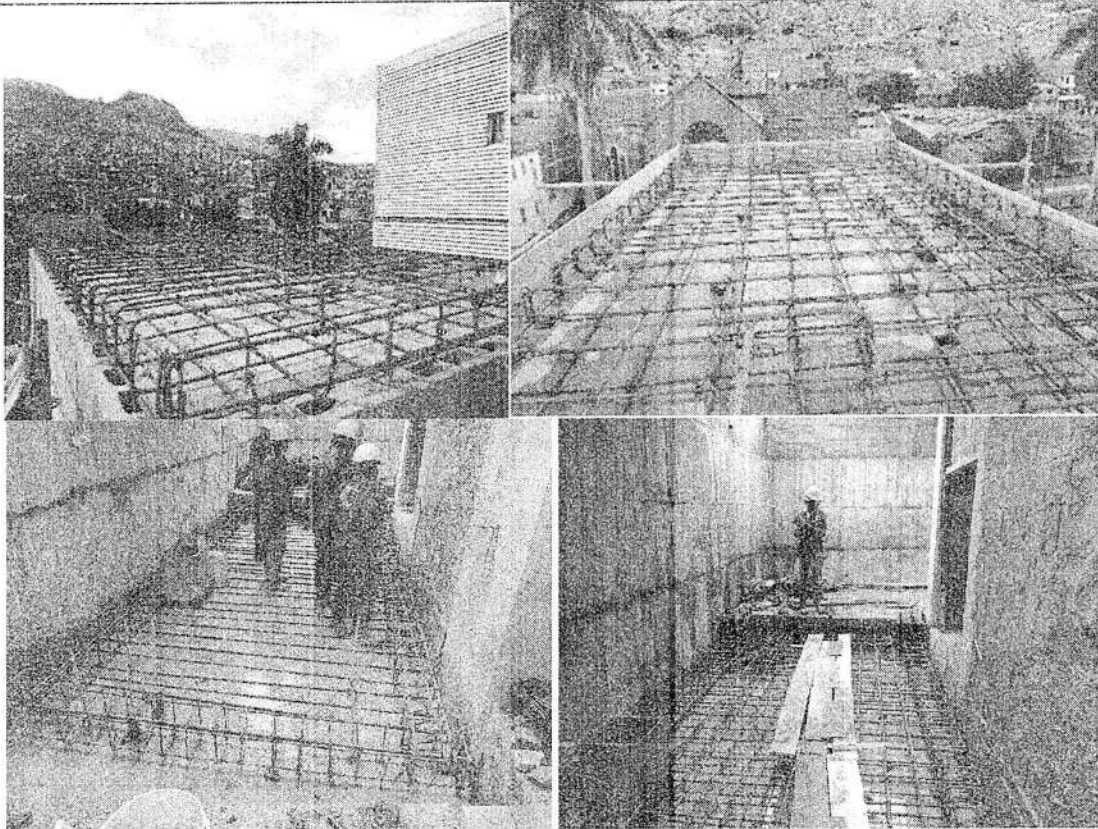
GEOTEXTIL tejido t2400 de Pavco



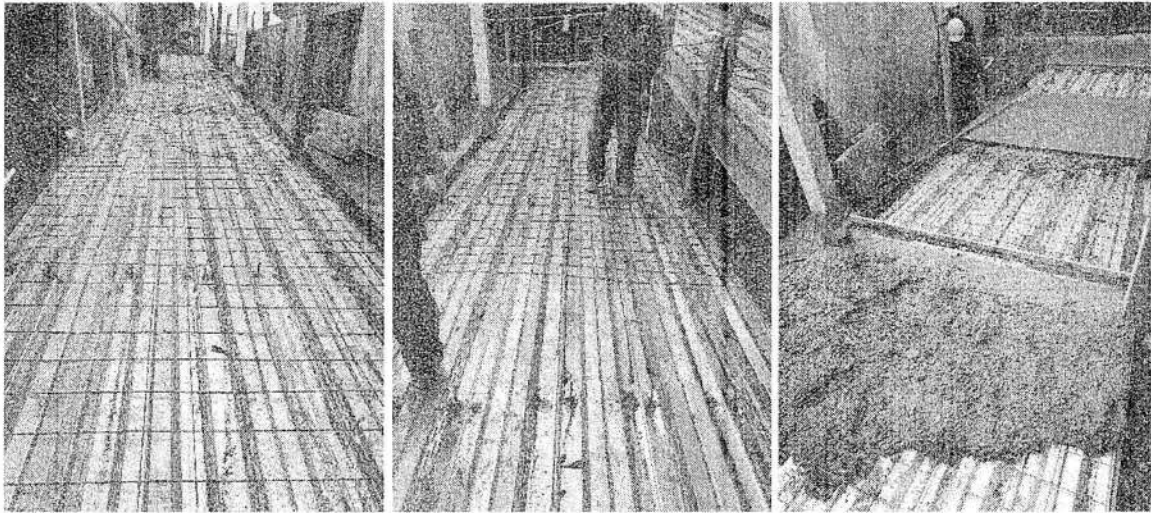
LOSAS DE FUNDACIÓN



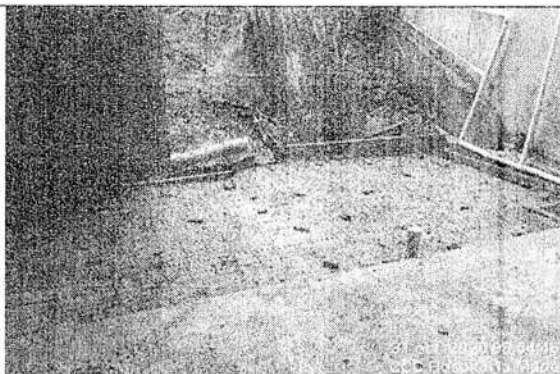
ACERO DE REFUERZO



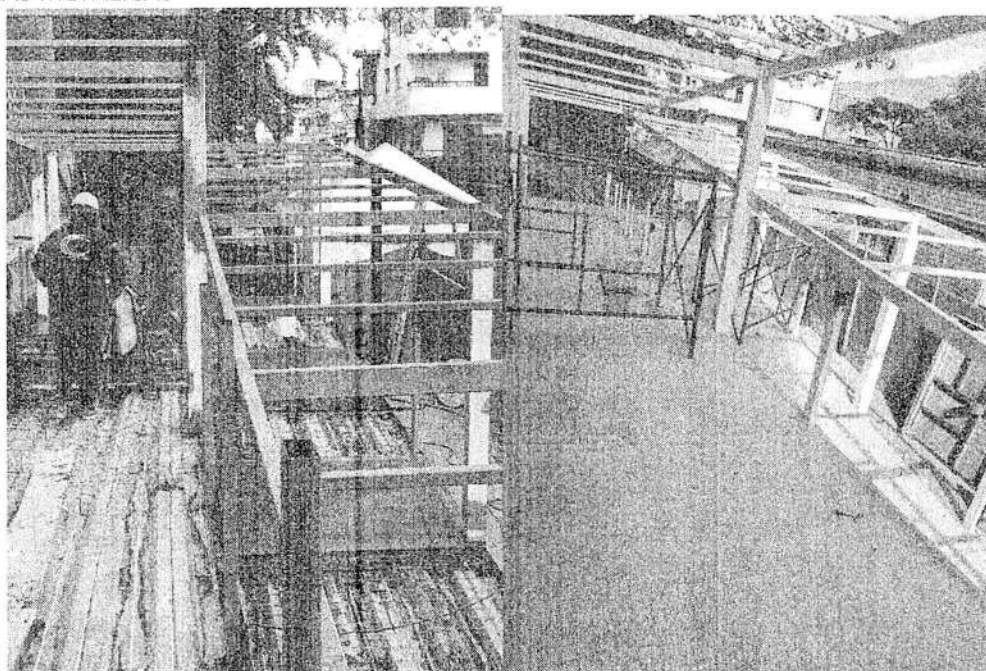
MALLA ELECTROSOLDADA

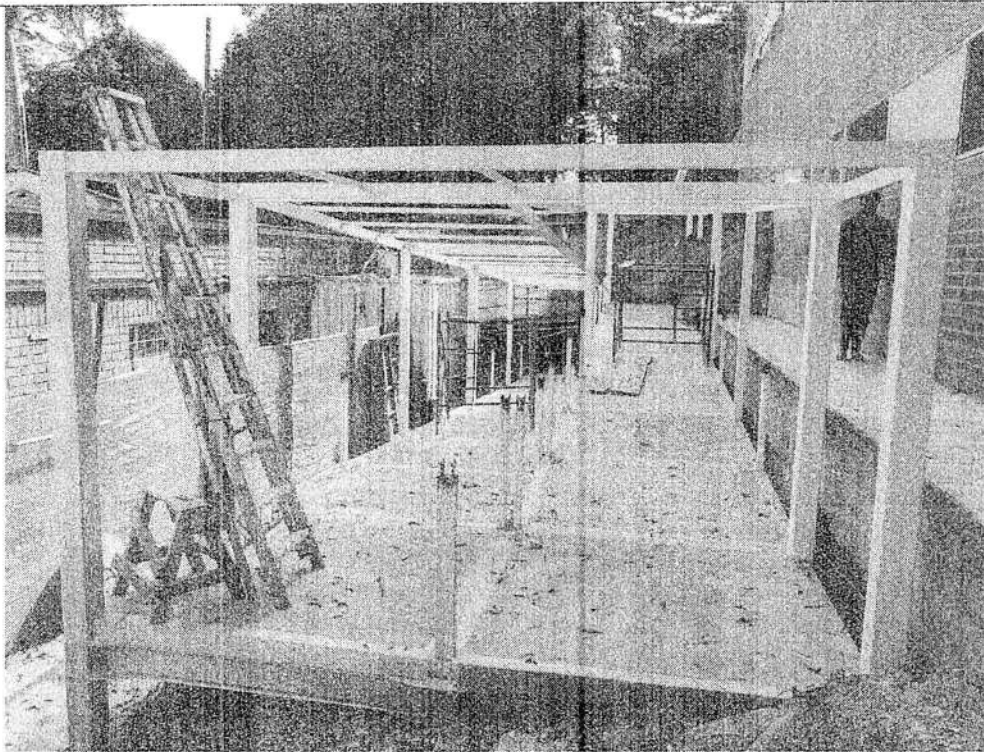


Malla electrosoldada d-188



ESTRUCTURAS METÁLICAS

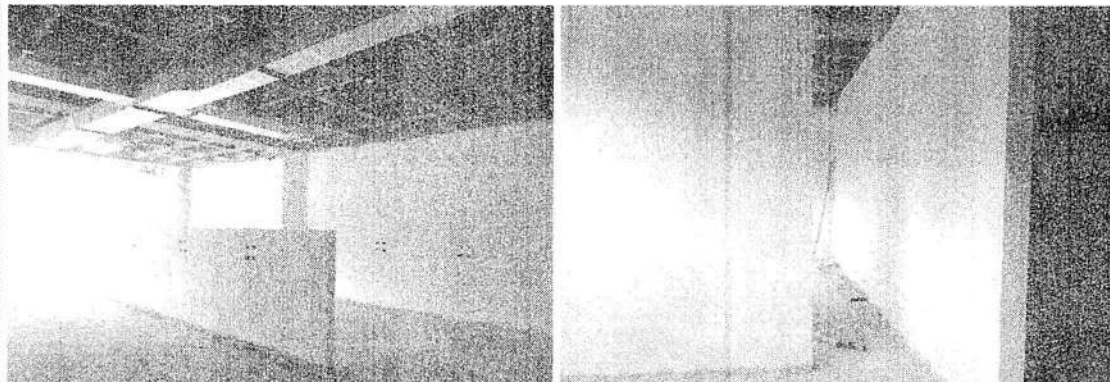




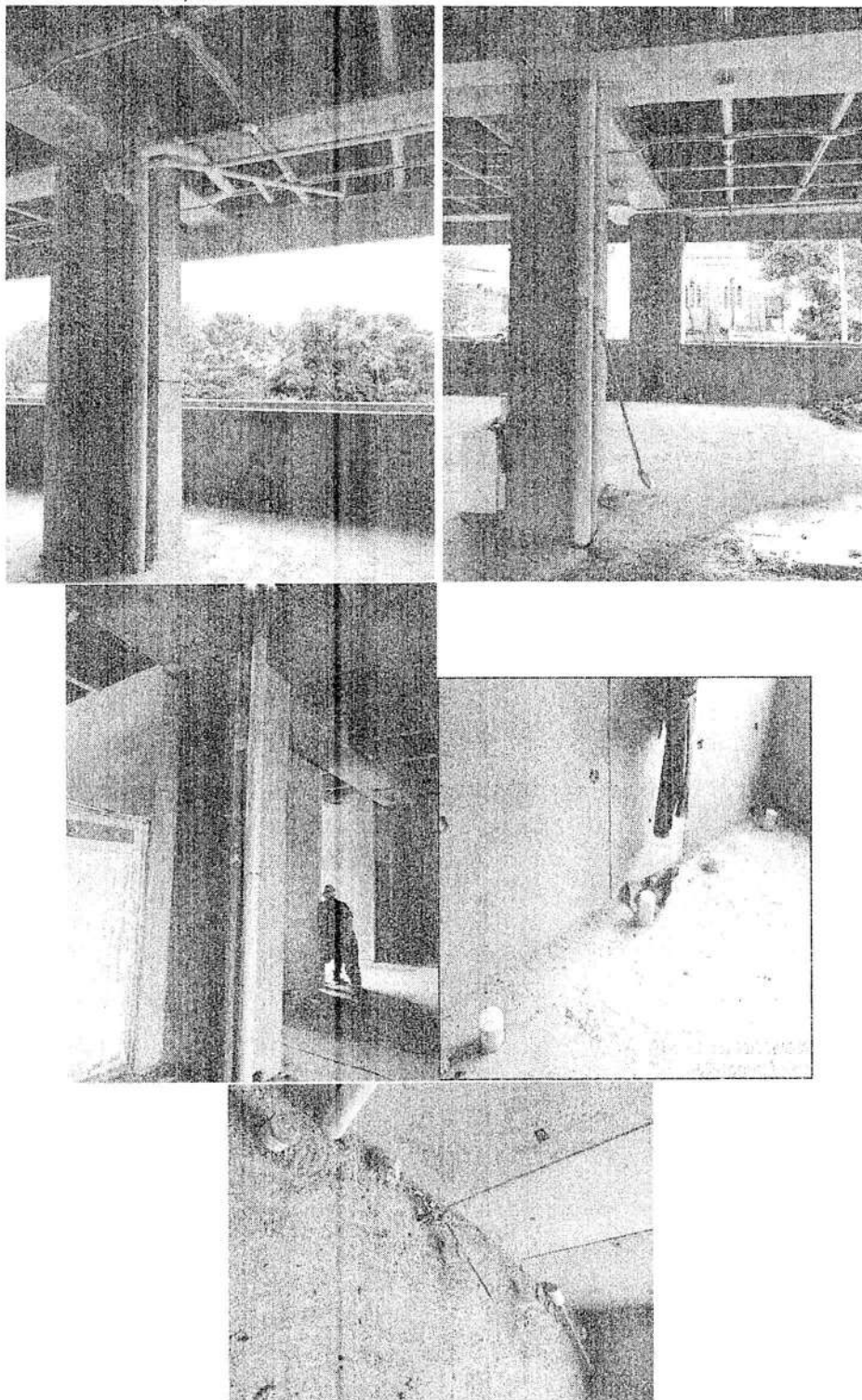
PAÑETES



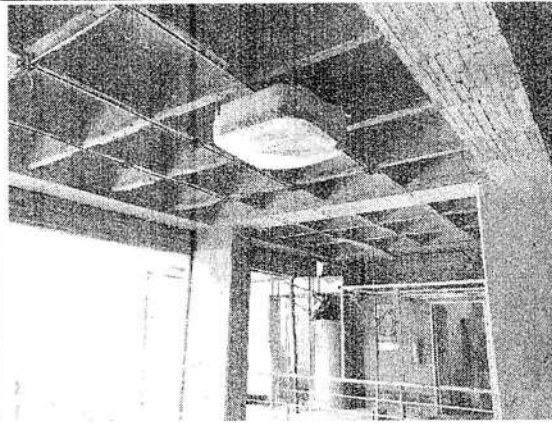
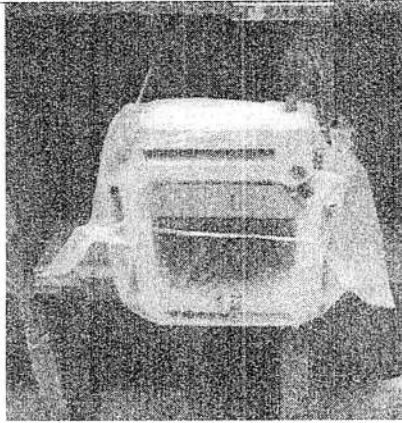
ESTUCOS Y PINTURAS



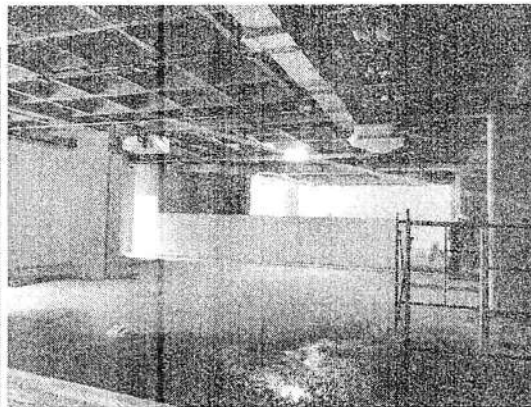
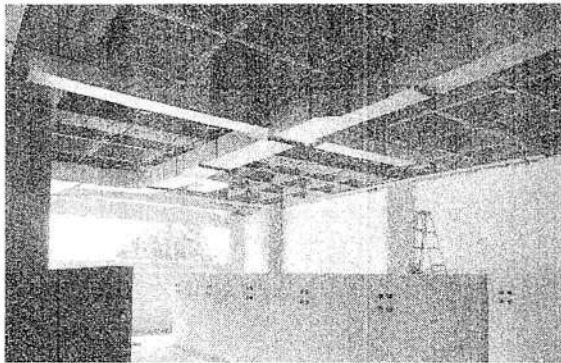
INSTALACIONES SANITARIAS/LLUVIAS INTERNAS



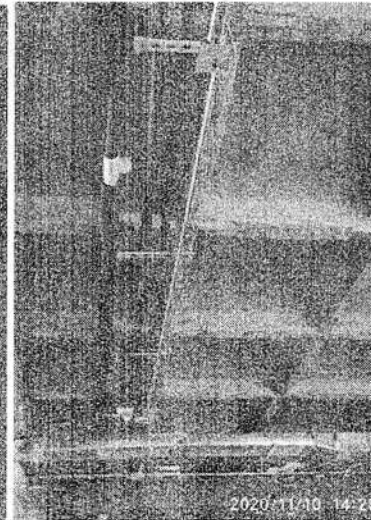
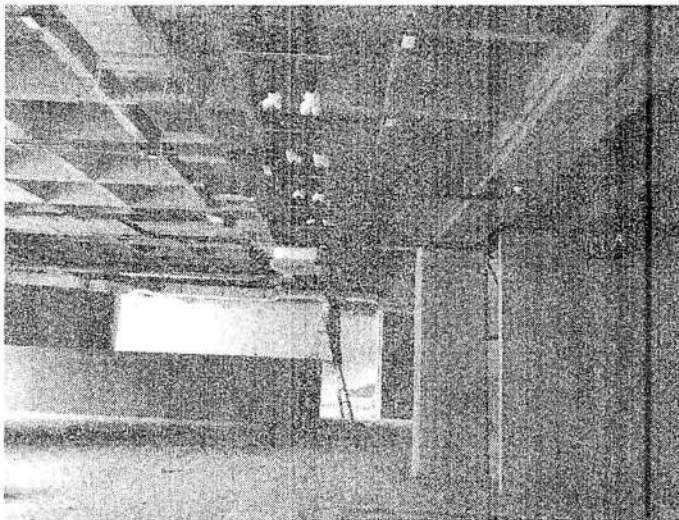
UNIDADES MANEJADORAS PARA AGUA HELADA



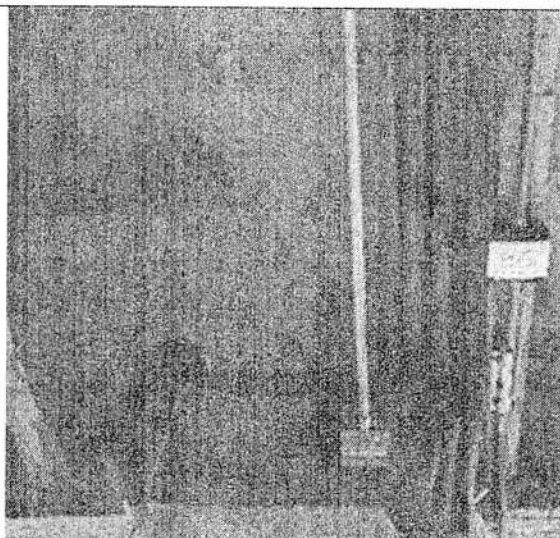
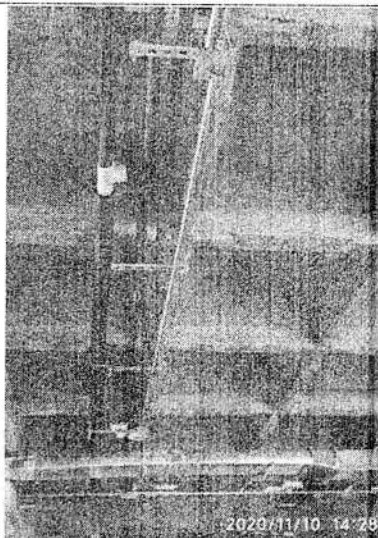
CONDUCTOS METÁLICOS



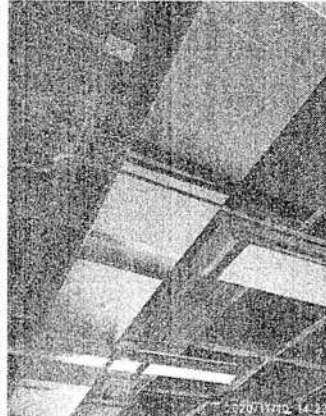
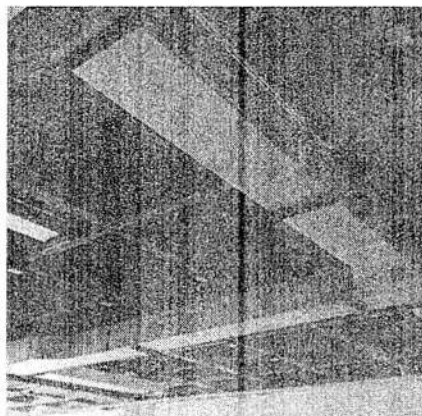
TUBERÍAS, VÁLVULAS, AISLAMIENTOS TÉRMICOS, ACCESORIOS Y CONTROLES



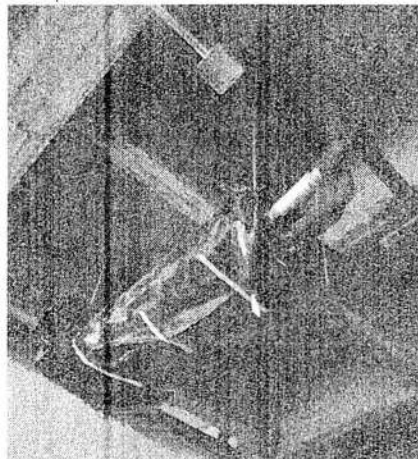
AISLAMIENTOS TÉRMICOS DE RED AGUA HELADA



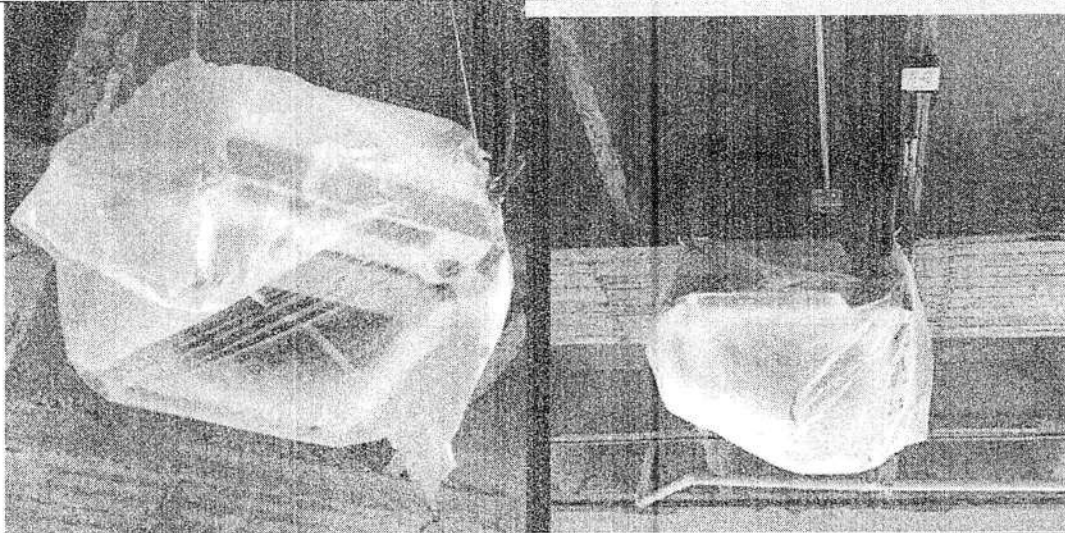
Conductos en lamina poliisocianurato de 1" SE RELAIZA EN EL NIVEL +4



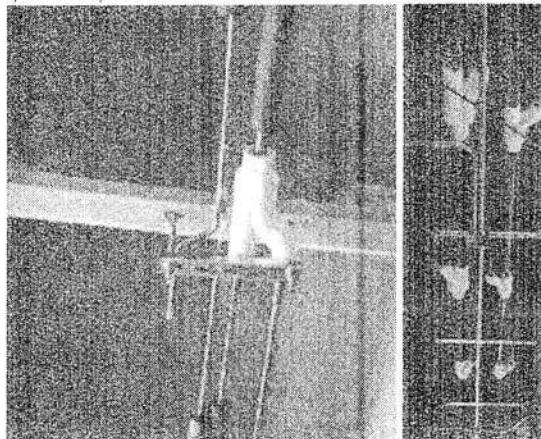
Unidad interior tipo cassette de 1 vía Wind Free CAP. 7.500 btu



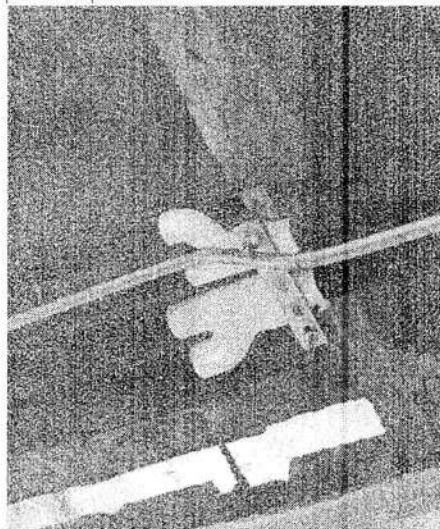
Unidad interior tipo cassette de 4 vía Wind Free CAP. 24.000 btu/h y 30.000 BTU



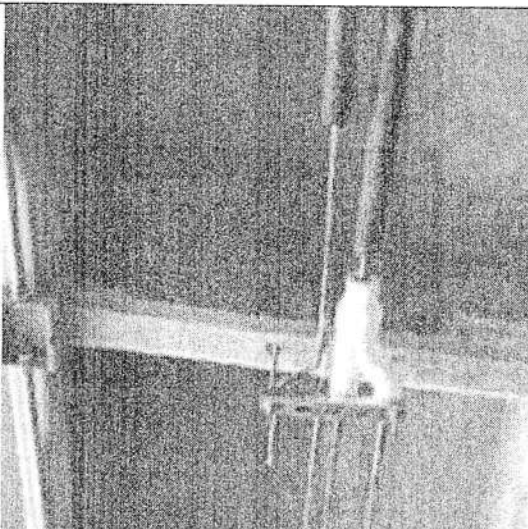
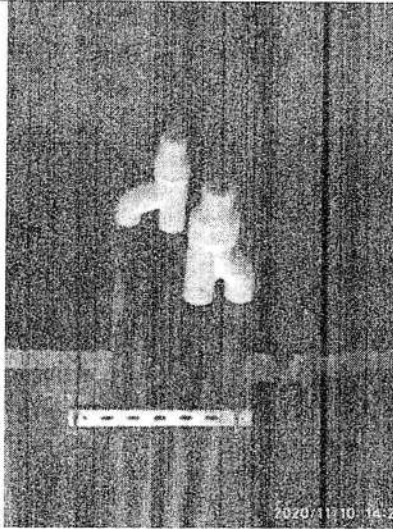
Joint unidad exterior para capacidades menores a 456Kbtu modelo MXJ-YA3819M



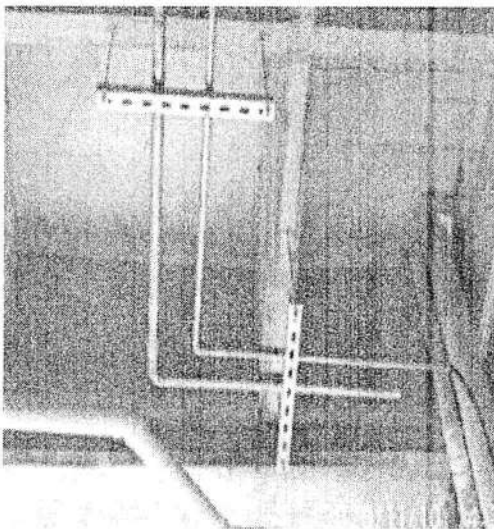
Joint unidad exterior para capacidades menores a 51Kbtu modelo MXJ-YA1509M



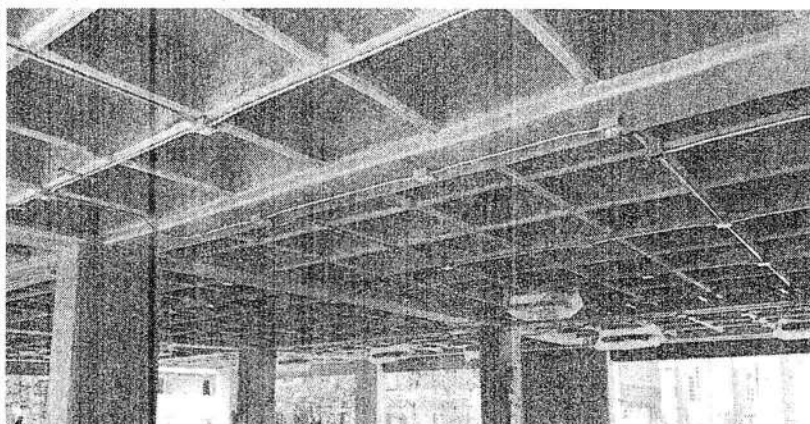
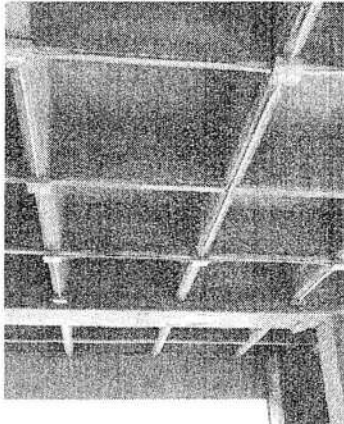
Joint unidad exterior para capacidades entre 240Kbtu - 336 Kbtu modelo MXJ-YA3419M



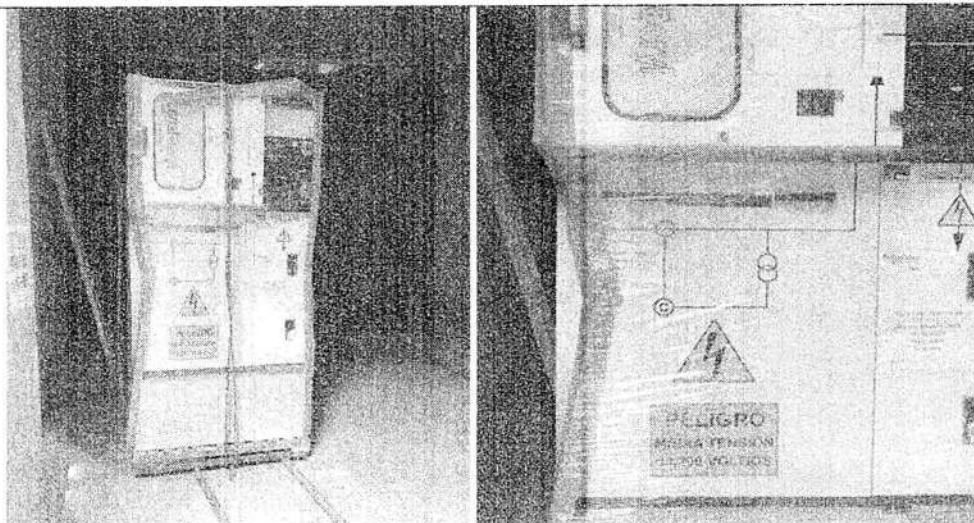
Tubería de cobre tipo K



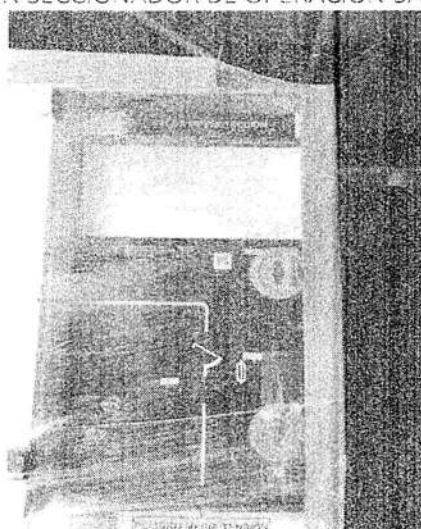
Salida expuesta en caja metálica para iluminación



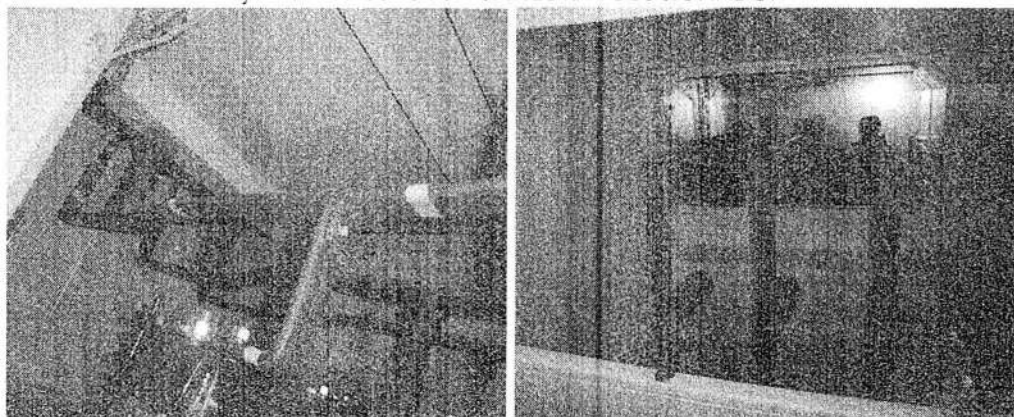
Celda de medida autosoportado de uso interior



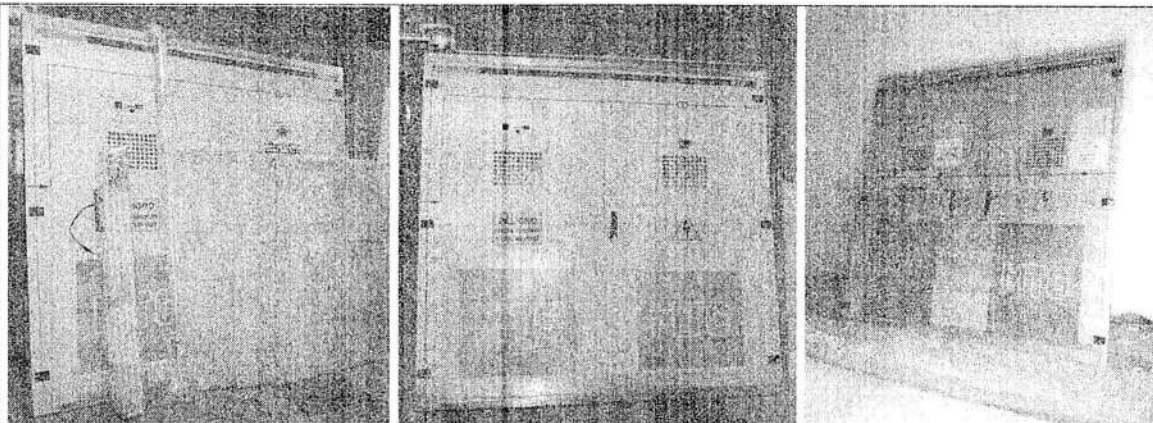
CELDA DE PROTECCIÓN (QM) CON SECCIONADOR DE OPERACIÓN BAJO CARGA Y BASE PORTAFUSIBLES



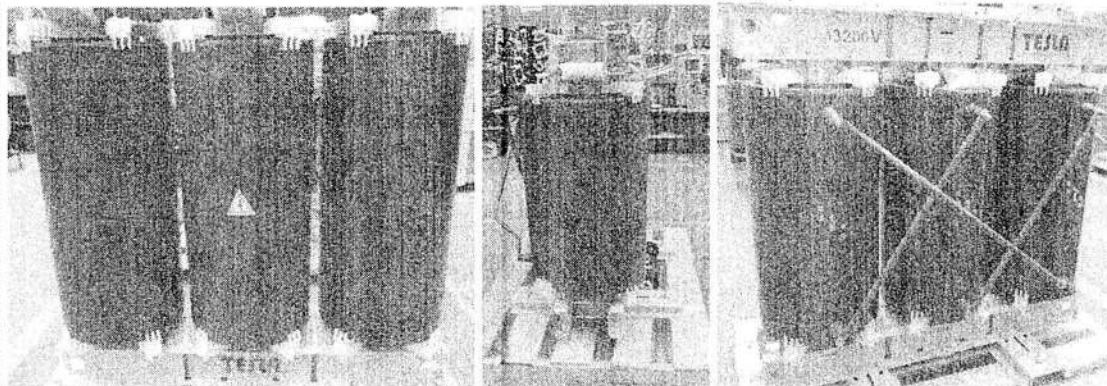
Barraje de interconexión C. MEDIDA-SECCIONADOR



CELDA PARA TRANSFORMADOR SECO 630KVA



transformador trifásico de 630kVA, tipo seco



ML de bancos de capacitores



5. ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

5.1 Fortalezas Generales.

- Comité Institucional de Control Interno conformado mediante Resolución 602 de 2019 y operante.
- Un gerente con compromiso y gran capacidad de gestión para el cumplimiento de la misión médica y el cumplimiento estratégico de los objetivos estratégicos y la misión institucional.
- Un equipo directivo con alto compromiso con la institución y sus procesos misionales.
- Un gran compromiso con todos los directivos y asistencias en la época tan difícil que ha vivido el mundo, con el Covid 19.
- Voluntad de la Dirección para que el Modelo Estándar de Control Interno se aplique en la entidad como una forma de mejorar en todos sus procesos.
- Personal comprometido para seguir fortaleciendo el Modelo estándar de Control Interno.
- Funcionarios responsables de la Planeación y la Calidad de la ESE Hospital, con un conocimiento profundo y comprometido.

5.2 Debilidades Generales.

- La oficina jurídica debe de seguir con las capacitaciones y con la entrega el manual de contratación y el manual de supervisión y/o Interventoría a las personas designadas en los contratos para esta tarea
- En la revisión de la información reportada en visita de campo se evidenció que la entidad durante la vigencia 2020 realizó la caracterización de los vertimientos de Aguas Residuales no Domésticas ARnD al alcantarillado público el día 21 del mes de diciembre por un tiempo de 24 horas, dichos resultados fueron entregados por la entidad contratada para realizar el estudio en el mes de febrero del año 2021; en la actualidad el hospital lleva a cabo una asesoría con EPM para realizar el tratamiento de los parámetros que se encontraron fuera del límite permitido con el fin de dar cumplimiento a requerimiento del área metropolitana. Los monitoreos de las emisiones atmosféricas no fueron realizados, tal como lo describe el numeral 7.2.8 Manejo de efluentes líquidos y emisiones atmosféricas de la resolución No. 1164 de 2002.
- Falta más cultura de Medición, seguimiento y documentación en la gestión de los procesos de conformidad con normatividad vigente.
- Se deben de organizar los documentos y comunicaciones en general dentro de los cuales se relacionan los derechos de petición, puesto estos ingresan por radicación y a los correos institucionales evitando con ello un control de respuestas lo cual puede originar acciones de tutelas y otras actuaciones jurídicas en contra de la institución y en contra de los funcionarios.
- No se hace amplia difusión de su mapa de riesgos y sus políticas por medio de los instrumentos y herramientas de que dispone como son: Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Página Web.

- No se hace análisis del riesgo teniendo en cuenta su probabilidad y factibilidad de ocurrencia y el posible impacto en caso de materialización.
- El 86% del personal que ejecuta procedimientos en la ESE Hospital no son de planta y se encuentran bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios o hacen parte de alguna entidad externa

5.3 Recomendaciones Generales.

- Se recomienda a la oficina jurídica, hacer capacitación a las personas que se asignan como supervisores y/o interventores de los contratos, así mismo entregar tanto el manual de contratación como el de supervisión y/o Interventoría para que estos sepan sus deberes y obligaciones al ser designados en los contratos.
- Desde la vigencia 2019 se realizó la caracterización de los vertimientos, pero aún siguen presentado debidas, lo cual se recomienda que se caracterice y se realicen mantenimientos a estos más periódicamente con el fin de no ser sancionados por las entidades competentes
- Actualizar el Manual de Funciones y Competencias Laborales de acuerdo a lo establecido por la Ley 909 de 2004 y decreto reglamentario 785 de 2005 y el Decreto 815 de 2018, luego de establecer una estructura organizacional moderna aprobada por la Junta Directiva de la entidad. Aún se está en la espera con el DAFP, quien está apoyando esta labor para su actualización
- La empresa requiere con carácter prioritario la elaboración de un estudio de reestructuración administrativa y su respectiva aplicación, que le permita estar a la vanguardia de su razón de ser, cumplir con las exigencias normativas y ser más competitiva. Se tiene el acompañamiento continuo con el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), pero por causa de la pandemia por el Covid 19 se han realizado de manera virtual.
- Se requiere con carácter prioritario realizar estudio de clima laboral, de manejo de estrés y de caracterización del personal con intervenciones grupales y personales, por los efectos de pandemia Covid 19, factor de burnout y estrés laboral.
- Construir con sus respectivas fichas los indicadores que le permita a la institución detectar desviaciones en los diferentes planes, programas y proyectos que actualmente se ejecutan.
- Realizar actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de la autoevaluación, utilizando los instrumentos y herramientas de que dispone la empresa como son: Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera de la entidad, Página Web, volantes informativos.
- Mayor compromiso de los líderes de las áreas que se auditan por parte de la Oficina de Control interno, para que construyan su Plan de Mejoramiento en el tiempo requerido y lo ejecuten dentro de los plazos establecidos para tal fin.
- Se requiere de más personal para la oficina de control interno, ya que esta solo cuenta con el asesor y un contratista de medio tiempo y no damos abasto para una entidad tan compleja y grande como esta.

5.4 Conclusión General.

Se tienen avances significativos en la gestión del doctor Héctor Jaime Garro Yepes, en especial en el mantenimiento hospitalario, nuevas adecuaciones, adquisición de nuevos equipos y Software en pro de mejorar la gestión administrativa. También se ha mejorado en la producción y en la oferta de nuevos servicios, buscando siempre una atención más integral a sus pacientes.

Con la construcción de la Torre asistencial y la torre administrativa, la ESE Hospital se verá muy fortalecida en su infraestructura hospitalaria para prestar más y mejores servicios de salud con espacios más confortables y facilitando a sus empleados, pacientes y acompañantes mejor accesibilidad y más calidad en la prestación de los servicios de salud y así garantizando el derecho a la salud, lo que contribuye a un mejoramiento en la calidad de vida de la población Antioqueña que es la razón de ser de la ESE.

Cabe destacar que el año 2020, fue un tiempo de muchas dificultades por la pandemia a nivel mundial del Covid 19, que con el gerente y su grupo de trabajo como son (asistenciales y Administrativos), con gran valor y responsabilidad han contribuido que las personas que llegan con esta enfermedad sean atendidas con mucha responsabilidad y respeto por la vida.

También debo resaltar las grandes deficiencias con que cuenta la Entidad, como son:

- La comunicación al interior y desde el exterior hacia el interior sigue siendo deficiente, lo que conlleva a retrasos considerables en la ejecución de procesos y atención oportuna a pacientes.
- La estructura organizacional – organigrama de la empresa se está actualizando para que corresponde al actual dinamismo de la empresa.
- El Manual de funciones y competencias laborales es obsoleto y no está acorde a las reales necesidades de la empresa acatando y cumpliendo con lo dispuesto en el Decreto 815 de 2018. Aunque se viene adelantado con el Departamento Administrativo de la función Pública (DAFP) la actualización de este.
- Alta rotación del personal asistencial y administrativo, lo que impide el continuo desarrollo de los procesos y el cubrimiento de los servicios.
- Alto número de contratos de prestación de servicios, incluyendo la modalidad de outsourcing, que pueden incurrir a riesgos en posibles demandas laborales, entre otros.
- Falta de compromiso de algunos funcionarios que genera lentitud o no ejecución de algunas actividades necesarias para la buena marcha de la Institución.
- Insuficiente personal de planta para atender los procesos misionales y de apoyo de la empresa.

- Los Subprocesos misionales como son Urgencias, Consulta Externa, Cirugía, Ayudas Diagnósticas, entre otros, están bajo la directa responsabilidad y control de un funcionario que no se encuentra en el nivel directivo.

W/E f-

WILLIAM ECHAVARRIA LOTERO
Asesor de Control Interno

Anexo lo enunciado.

Con copia: Doctor Héctor Jaime Garro Yepes, gerente.
Doctora María Manuela Vasco Cadavid, Oficina de comunicaciones

	NOMBRE - CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Richard Uribe Camargo Asesor de Apoyo a Control Interno	<i>[Firma]</i>	15-02-2021
REVISÓ	William Echavarría Lotero Asesor de Control Interno	<i>W/E f-</i>	15-02-2021
APROBÓ	William Echavarría lotero Asesor de Control Interno	<i>W/E f-</i>	15-02-2021

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.