

**EL ASESOR DE CONTROL INTERNO DE
LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE PALERMO
CERTIFICA**

Que durante la vigencia fiscal 2020, la administración de la ESE Hospital San Francisco de Asís de Palermo, realizó la gestión pertinente para dar cumplimiento en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, logrando un desempeño del 95,08% de acuerdo a las metas establecidas **(58/61=95,08%)**

PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	% DE CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	META 2020	SI/NO	% DE CUMPLIMIENTO
Fortalecer el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE Hospital San Francisco de Asís	100%	Seguimiento y evaluación a la Gestión Presupuestal.	100%	SI	100%
		Seguimiento y evaluación a la facturación de servicios prestados en la ESE.	100%	SI	100%
		Auditoría de cuentas implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión administrativa y financiera.	100%	SI	100%
		Seguimiento y evaluación a la gestión de cartera.	% de recuperación de cartera final	SI	100%
		Seguimiento al recaudo de los ingresos de la operación corriente y no corriente.	100%	SI	100%
		Seguimiento, evaluación y control en el cargue y envío de información técnica y financiera a los órganos de inspección, vigilancia y control.	100%	SI	100%
		Implementación de la Política de Austeridad y racionalización en el gasto.	100%	SI	100%

Fortalecer la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción	100%	Seguimiento a la producción de los servicios en comparación con los gastos de cada periodo.	100%	SI	100%
		Seguimiento trimestral a las UVR (Unidades de Valor Relativos) producidas por cada una de las áreas asistenciales.	Aumento del 1%	SI	100%
		Seguimiento a las metas de productividad establecidas en cada una de las áreas.	Aumento del 1%	SI	100%
		Implementación de nuevos servicios complementarios al portafolio actual.	Cumplimiento de los servicios	SI	100%
Fortalecer las compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a la entidad con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.	33%	Presentación de estrategias de negociación y de convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante diferentes mecanismos.	Aumento del 1%	NO	0%
		Revisión, ajuste y actualización de los procedimientos de compras.	1 actualización	NO	0%
		Seguimiento al plan anual de adquisiciones.	4 actualizaciones	SI	100%
Gestionar el pago oportuno de los salarios del personal de planta y la remuneración de los contratistas de servicios.	100%	Seguimiento permanente al proceso de facturación.	100%	SI	100%
		Disminución del porcentaje de Glosas y Devoluciones ante las diferentes EAPB.	Glosas iniciales menos glosas finales	SI	100%
		Seguimiento periódico a la realización de las conciliaciones con las diferentes EAPB.	% de cumplimientos	SI	100%
Realizar seguimiento permanente por parte del Área	100%	Elaboración de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	100%	SI	100%

Financiera a la ejecución de Ingresos y Gastos		Presentación de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS a la junta Directiva.	4 Informes	SI	100%
Informar a la Junta Directiva de la ESE sobre el análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	100%	Racionalización del gasto de acuerdo a los Ingresos.	100%	SI	100%
		Asistencia a las mesas de conciliación de cartera, con el fin de sanear la cartera y obtener el pago oportuno de por parte de las EABP.	4 Informes	SI	100%
Realizar seguimiento al reporte de la información a la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento a las fechas establecidas.	100%	Elaboración y socialización del cronograma de informes institucionales, con fechas de vencimiento y responsables.	90%	SI	100%
		Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a la Circular Única.	4 Informes	SI	100%
Presentar oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	100%	Seguimiento y revisión de la información objeto de cargue en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004	100%	SI	100%
		Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a los cuatro trimestres y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	100%	SI	100%
		Presentación y sustentación periódica ante la SSDH de la información correspondiente a la información trimestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	5 actas de seguimiento dada por la SSDH	SI	100%

PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	% DE CUMPLIMIENTO ESTRATEGIA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	META 2020	SI/NO	% DE CUMPLIMIENTO
Captar las gestantes antes de la semana 12 de gestación	100%	Cumplimiento de la Ruta Materno Perinatal	≥ 0.85	SI	100%
		Cumplimiento en los estándares de habilitación, según Resolución 3100 de 2019	1	SI	100%
		Evaluación de los 10 pasos- Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral IAMII	1	SI	100%
		Socialización y evaluación de adherencia a guías y protocolos maternos perinatales	90%	SI	100%
Eliminar la incidencia de casos de SIFILIS congénita en los nacidos vivos del municipio.	100%	Fortalecimiento del programa de detección temprana de alteraciones el embarazo.	0 casos	SI	100%
		Capacitación al personal asistencial sobre las guías de atención en alteraciones el embarazo.	100%	SI	100%
		Auditoria y Evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica y protocolos	100%	SI	100%
Evaluar periódicamente la adherencia de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	100%	Adopción e implementación de las guías de práctica clínica – GPC	1	SI	100%
		Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de hipertensión arterial.	0.90	SI	100%

		Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva.	12	SI	100%
Evaluar periódicamente la adherencia en la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	100%	Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	0.80	SI	100%
		Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	12	SI	100%
		Implementación de mejora para las desviaciones detectadas en la evaluación de la guía	1	SI	100%
	100%	Identificación de las causas de reingreso del paciente al servicio de urgencias	1	SI	100%
		Evaluación de la adherencia de las guías de práctica clínica - GPC en el servicio de urgencias	0.90	SI	100%
		Implementación de mejora a las fallas detectadas en el servicio de urgencias	1	SI	100%
Mantener la oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general.	100%	Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	≤ 0.03	SI	100%
		Capacitación a los usuarios en el buen uso de los servicios de salud.	Registro fotográfico y registro de capacitación	SI	100%

PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	META 2020	SI/NO	% DE CUMPLIMIENTO
Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación en cada vigencia, para determinar el grado de avance en la institución.	91,67%	Capacitación al personal en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Decreto 780 de 2016	90%	SI	100%
		Capacitación a los líderes de área, sobre la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	100%	SI	100%
		Conformación de los equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	1	SI	100%
		Autoevaluación anual de Estándares de acreditación en salud en cumplimiento a la Resolución 5095 de 2018	≥ 1.20	SI	100%
		Fortalecimiento de la infraestructura y conformación de la red con el fin de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	1 centro de atención extramural	SI	100%
			Adquisición de un nuevo vehículo para el fortalecimiento de los procesos misionales y administrativos de la E.S.E	NO	0%
		Implementación de Planes de Mejoramiento, como resultado del proceso de autoevaluación de los estándares del SUA	100%	SI	100%

Desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC durante el cuatrienio con ruta crítica anual	100%	Elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2020-2024.	UN (1) DOCUMENTO	SI	100%
		Adopción del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC mediante acto administrativo	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	SI	100%
		Seguimiento al cumplimiento de la ruta crítica definida en el Programa para sostener el ciclo de mejora continúa.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	100%
		Implementación del cronograma de auditorías internas.	100% auditorías internas	SI	100%
		Cumplimiento como mínimo del noventa por ciento de las acciones derivadas de la auditoria.	≥ 0.90	SI	100%
		Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos	100%	SI	100%
		Seguimiento al Sistema de Información en cumplimiento de la Resolución 256 de 2016	Cumplimiento dentro de los términos previstos	SI	100%

Fortalecer la Planeación Estratégica en la ESE Hospital San Francisco de Asís	100%	Construcción participativa de los Planes de Acción para cada vigencia	Plan de gestión 2020	SI	100%
		Seguimiento permanente a cada una de las metas establecidas en el Plan para su optima ejecución	≥ 0.90	SI	100%
		Presentación de informe de ejecución del cumplimiento del Plan de Acción para cada vigencia	1	SI	100%

Esta certificación se expide dando cumplimiento a la Resolución 408 de 2018, Dada en el municipio de Palermo, el día 12 de Marzo del 2021

8

Anexo: CD con archivos de soporte con 184 archivos en 62 capetas.



NEIDER ALFONSO FARFAN GUILOMBO
Asesor de Control Interno