EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO
SEGUIMIENTO EVALUACION AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN OPERATIVO
OFICINA DE CONTROL INTERNO (DE GESTION)
2do. TRIMESTRE DE 2020

		2do. TRIMESTRE DE 2020	
	AREA Y/O PROCESO	Fecha entrega	% Cumplimiento de Metas y % Cumplimiento de Actividades
1	Almacén	22/07/2020	100%
2	Auditoria de Cuentas Médicas	23/07/2020	100%
3	Cartera	23/07/2020	100%
4	Contratación	22/06/2020	100%
5	Docencia servicios	27/07/2020	100%
6	Facturación	22/07/2020	100%
7	Farmacia	24/07/2020	100%
8	Gestión documental	25/07/2020	75%
9	Nómina y Aportes patronales	23/07/2020	100%
10	Seguridad y Salud en Trabajo	27/07/2020	0%
11	Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU	08/07/2020	100%
12	Sistemas	24/07/2020	80%
13	Talento Humano	30/06/2020	100%
14	Tesorería General	27/07/2020	100%
15	Ventanilla Unica	23/07/2020	100%
16	Auditoria P y P	10/07/2020	100%
17	Auditoria Concurrente	24/07/2020	100%
18	Consulta Externa	24/07/2020	100%
19	Epidemiología	24/07/2020	100%
20	Estadistica	16/07/2020	100%
21	Hospitalización	23/07/2020	100%
22	Laboratorio Clínico	23/07/2020	100%
23	Odontología	23/07/2020	100%
24	Promoción y Prevención	10/07/2020	100%
25	S.A.S.	10/07/2020	100%
26	Transporte asistencial	24/07/2020	100%
27	Urgencias	08/07/2020	100%
28	Oficina de Calidad	22/07/2020	100%
29	Oficina de Control Interno (Gestión)	24/07/2020	100%
30	Oficina de Control Interno Disciplinario	27/07/2020	100%
		CUMPLIMIENTO	**95%**

Villavicencio, 29 de Julio de 2020

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: ALMACEN
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ALMACEN	1	Actualizar los inventarios de la sede administrativa, 2 bodegas y 17 Centros y puestos de salud.	1.Cotejar los grupos de inventarios del Módulo Almacén, con el área de contabilidad.	Auxiliar Administrativo Grado II (ubicada en el área de almacén) - Contabilidad	No. De grupos de inventarios cotejado con contabilidad / Total de grupos de inventarios X 100	Conciliación firmada por las áreas de almacén y contabilidad	X			X			X			X			01/2020 04/2020 07/2020 10/2020	Se evidencia Conciliación (soporte) física del cotejo realizado a los inventarios de devolutivos con el área de contabilidad, 1 grupo con los 42 subgrupos de elementos devolutivos, se hace entrega de la conciliación firmadas por el área de contabilidad y Almacénn, con cierre a 31 de marzo de 2020 en medio magnético. La conciliación se realiza el 20 de abril de 2020.	1	2	100%	Se dio cumplimiento
			2. Cotejo de inventarios de consumo (medicoquirurgicos, medicamentos, odontológicos y papelería)	Almacén, Subgerencia Administrativa	No. De inventarios realizados / Total de inventarios programados X 100	Presentar los resultados obtenidos en los inventarios a Subgerencia Cientifica y SubgerenciaAdministrativa y financiera.				X								X	04/2020 12/2020	Se evidencia la presentación mediante oficio 330.25.18 del día 30 de abril de los resultados obtenidos en los inventarios medico quirúrgicos, medicamentos, odontológicos, realizados en la farmacia de los centros de salud esperanza, Porfía y Recreo en el mes de abril de 2020.	2	2	100%	Se dio cumplimiento
			3. Cotejo de inventarios de devolutivos de medicina y odontologia. Como minimo un inventario mensual	Almacén, Subgerencia Administrativa	No. De inventarios realizados / Total de inventarios programados X 100	Presentar los resultados obtenidos en los inventarios a Subgerencia Cientifica y SubgerenciaAdministrativa y financiera.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	01/2020 02/2020 03/2020 04/2020 05/2020 06/2020 07/2020 08/2020 09/2020 09/2020 10/2020 11/2020 12/2020	Se presenta cotejo físico (soporte) en medio magnético de los inventarios de devolutivos de los centro de salud Puerto Colombia, Doce de octubre Santa Teresa, y áreas de recepción, Contabilidad, Presupuesto, Promoción y Prevención, almacén, Control Interno disciplinario, Pic, Call Center, Estadística, Salud Ocupacional, Coordinación Odontología. Presentando correo de socialización a la Subgerencia Administrativa y Financiera y el día 10 de julio de 2020 y a la Subgerencia Científica lo dias 17 de marzo y 10 de julio de 2020	2	2	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ALMACEN	2	Depuración inventarios. Bajas de elementos devolutivos	1. Elaborar el documento respectivo para retirar los elementos devolutivos de los inventarios de la Entidad una vez aprobada la baja por el comité de bajas y cumplir con los requisitos establecidos en el Acuerdo de Almacén.	Almacén, Subgerencia Administrativa	No. De Bajas realizadas/Total de bajas autorizadas y documentadasx100	Baja autorizada y documentada		X											29/2020	EVALUADO EN EL 1ER TRIMESTRE 2020				
			2. Presentar a la Sugerencia Administrativa y Financiera el listado de los posibles elementos para dar de baja de acuerdo a la cantidad almacenada en bodega (marca, refencia, color, etc) según lo contemplado en el Acuerdo de Almacén.	Almacén, Subgerencia Administrativa	No. De Bajas realizadas/Total de bajas autorizadas y documentadasx100	Baja autorizada y documentada			X										03/2020.	EVALUADO EN EL 1ER TRIMESTRE 2020				
			3. Elaborar el documento respectivo para retirar los elementos devolutivos de los inventarios de la Entidad una vez aprobada la baja por el comité de bajas y cumplir con los requisitos establecidos en el Acuerdo de Almacén.	Almacenista								X							06/2020.	Se elaboró documento de retiro de devolutivos salida de baja No. 20 del 26 de junio de 2020, una vez aprobada por el comité de MIPG , según acta 004 de mayo 13 de 2020 , cumpliendo con los requisitos establecidos en el acuerdo de almacén (Resolución No. 195 del 04 de junio de 2020, proceso de remate de bienes, adjudicación, certificado de tesorería).	1	1	100%	Se dió cumplimineto a la Actividad
	3	Informe al Ministerio de la Protección Social de Precios de Medicamentos.	Entregar al área de sistemas la informaciòn del SISMED, de conformidad con lo dispuesto en la Circular No. 006 de 2018 de la comisión nacional de precios de medicamentos, para su envio a través de la plataforma PISIS.	Almacén, Subgerencia Científica, Regente de Farmacia, Auxiliar Administiva Grado II.	No. De informes enviados al SISMED / Total de informes a enviar al SISMED X 100	Cuatro (4) informes al año entregados oportunamente al (area de sistemas	X			X			X			X			01/2019 04/2019 07/2019 10/2019	Se dio cumplimiento a la circular 06 de 2018, por medio de la cual se modifica el anexo técnico de la circular 02 de 2011,. Se anexa soporte del envió del informe de compra de medicamentos SISMED correspondiente al primer trimestre de 2020, el día 22 de abril de 2020. Se anexa aviso de la página del Ministerio de Salud donde se extendió el plazo de presentación del primer trimestre 2020, hasta el 30 de mayo de 2020	1	1	100%	Se dió cumplimineto a la Actividad
	4	Presentación de Informes a Entes de Control	Elaborar el Plan Anual de Adquisiciones para publicar en el SECOP y en la web de la entidad.	Almacén, Auxiliar Administiva Grado II, Presupuesto, Sistema, Subgerencia Administrativa, Contratación	No. de planes anuales de adquisición registrados en el SECOP / Total de planes anuales de adquisición aprobados x 100	Un Plan Anual de Adquisiciones publicado en el SECOP	X						X						01/2020 07/2020	EVALUADO EN EL TERCER TRIMESTRE 2020				

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	5	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Oficina de Control Interno (de Gestión)	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos ,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL PRIMER TRIMESTRE 2020				

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 80%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 22 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
MARYURI CATALINA LUQUE CARRILLO
Almacenista

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: CUENTAS MEDICAS
VIGENCIA: 2020

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Tramitar minimo el 85% de las objeciones realizads por las Entidades Administradoras de Plane de Beneficios de Salud (EAPB), que sean asignadas al area	Dar respuesta oportuna a las objeciones formuladas por las diferentes EAPB y asignadas al area	Auditor de cuentas Medicas	No. De glosas tramitadas /Total de glosas asignadas al area X85%	1. Informe Excel de glosas tramitadas 2. Radicar informe a la Subgerencia Administrativa y Financiera y a la EPS que radique (el 20 de cada mes, mes vencido)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual (el 20 de cada mes, mes vencido)	El área de cuentas médicas con corte a 30 de Junio 2020, da respuesta oportuna a las objeciones formuladas por la diferentes EAPB. Valor facturas $1.254.910.876; Valor glosado $125.644.017; Valor Devolución $294.643.842; Valor Aceptado por Glosa por la ESE $5.489.589. Valor Aceptado Devolución por la ESE $ 0. El total de facturas que presentan glosa y devolucion es de 3.596. Con relación a las glosas se dio respuesta de manera oportuna dentro de los 15 días hábiles a 1.929 fras glosadas de las cuales eran 1.870 glosas nuevas y 59 reiteradas, para un porcentaje de oportunidad del 100%. Con referencia a las Devoluciones fueron radicadas en la oficina de cuentas médicas a través correo certificado, correo electrónico y portales, un total de 1.667 de las cuales 1.634 son nuevas y 33 reiteradas; de estas fueron radicadas en facturación 1.612 por valor de $284.552.482 . Por otra parte el área de cuentas médicas dio trámite de solicitud de soportes físicos de 55 facturas en estado devolución por valor de $10.091.360 (se adjuntan archivos Excel de la relación de facturas tramitadas). Dando claridad al volumen alto de Devoluciones, de este total 1,119 correspondian a Medimas EPS del mes de mayo, 2020 donde se verificó con el área de facturación y directamente en la EPS donde se determino que el portal habia generado error en este reporte, por lo que se dio trámite y claridad, se depuro la informacion quedando solo para el corte de junio 384 que fueron tramitadas por facturación ante la EPS, los informes abril, mayo y junio 2020 se radicaron oportunamente en la subgerencia administrativa y financiera.	3596	3596	100%	Se dio cumplimiento a esta actividad
	2	Auditar el 85% de la facturación recibida de las IPS-s por servicios prestados a los usuarios vinculados del municipio de Villavicencio	Revisar la facturación recibida auditando los derechos del usuario y la pertinencia de la misma	Auditor Cuentas Médicas	No. de facturas auditadas / Total de facturas asignadas al área X 85%	1. Informe Excel de glosas tramitadas 2. Radicar informe a la Subgerencia Administrativa y Financiera y a la IPS que radique (el 20 de cada mes, mes vencido)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual (el 20 de cada mes, mes vencido)	El área de auditoría de cuentas revisó la facturación recibida y correspondiente a los usuarios vinculados, auditando los derechos del usuario y la pertinencia de la misma. En total en el 2do. Trimestre 2020 se revisaron 39 facturas por valor de $10.120.684 donde un valor glosado y/o de devolución corresponde a $10.011.884 y un valor con aval para pago de $352.447. (Se adjuntan archivos Excel de consolidado de facturas tramitadas e informes generados a la Suberencia Administrativa y Financiera), los informes abril, mayo y junio 2020 se radicaron oportunamente en la subgerencia administrativa y financiera.	39	39	100	Se dio cumplimiento a esta actividad

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	3	Tramitar el 85% de los recobros a la capita enviados por las EPS-S por sevicios prestados en otras IPS	Revisar y auditar los oportes de recobros a la capitacion allegados por las diferentes EPS-S y objeto de Conciliacion	Auditor de cuentas Medicas	No. De recobros tramitados / Total de recobros asignados al área X 85%	1. Oficio y/o correo que muestre la revisión y envio del recobro analizado. 2. Informe a la Administrativa y Financiera				X				X				X	Mensual (el 20 de cada mes, mes vencido)	El área de auditoria revisó y auditó los soportes de recobros a la capitación allegados por las diferentes EPS-s, objeto de conciliación teniendo como resultado:1) COMPARTA se reviso un (1) archivo correspondiente a los periodos identificados por la Entidad de Octubre de 2017 a Diciembre 2018 con un valor de Recobro de $64.631.332 del cual fue aceptado por la IPS un valor de $2.394.003 y una valor rechazado por la ESE de $ 62.237.329 Conciliacion legalizada mediante Acta No. 012-2020. 2) CAJACOPI: Se revisaron 12 archivos correspondientes a los periodos identificados por la entidad de Enero a Diciembre de 2019 por valor de recobro de $509.587.976 de este valor fue aceptado por la ESE Municipal $ 214.117073 y rechazado por Ese Municipal un valor de $ 295.470.903 analizados y reportados a la entidad via correo electrònico y realizadas las actas de conciliaciòn. Se adjunta soporte de correo de recobros analizados e informe del periodo radicado ante la subgerencia administrativa y financiera.	2	2	100	Se dio cumplimiento a esta actividad, y se recomienda radicar los informes en forma oportuna según lo registrado en el Plan Operativo
	4	Auditar el 85% de la facturacion recibida por los proveedores contratados para la prestacion de los servicios a los usuarios de la ESE	Revisar la facturación recibida de los proveedores auditando los soportes entregados	Auditor de cuentas Medicas	No. De facturas auditadas /Total de facturas asignadas al area X 85%	1. Informe Excel de facturas tramitadas 2. Informe a la Subgerencia Científica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	El área de auditoría de cuentas médicas realiza revisión de la facturación recibida por el proveedor **AMANECER MEDICO** (Suministro de Oxígeno) Asi: 4 facturas por valor de $4.243.750, se glosa $2.152.500, quedando un valor a reconocer por parte de la ESE MUNICIPAL de $2.091.250. Anexo soportes.	4	4	100	Se dio cumplimiento a esta actividad
	5	Realizar como mínimo el 60% de las conciliaciones solicitadas	Programar y dar cumplimiento a las fechas de conciliación establecidas	Auditor Cuentas Médicas	No. de conciliaciones realizadas / Total de conciliaciones programadas X 60	Actas de conciliación				X				X				X	Trimestral	El área de auditoría de cuentas programó 5 reuniones de conciliación en el 2do trimestre, de las cuales 3 corresponden a evento y 2 a vinculados, se dio cumplimiento a las fechas establecidas de las 5 conciliaciones con las entidades: **EVENTO 1. SEGUROS DEL ESTADO** Valor facturado $4,496,910 y valor glosado $2,226,599 del cual Acepto IPS $207,200 y levnatado para Pago $384,100 y Valor ratificado pendiente conciliar de $ 1,635,299. **2. SOS:** Valor facturado $417,640 y valor glosado $48,060 del cual Acepto IPS $ 0 y levantado para Pago $ 48,000. **3. COMPARTA**: Valor facturado $56,488,48 y valor glosado $20,151,270 del cual Acepto IPS $ 15,441,030 y levantado para Pago $ 4,710,240. Para un total de Evento Facturado de $61,402,598 del cual realizaron glosa por valor de $22,425,929 que fue aceptado por IPS $15,648,230 y levantado para pago $5,142,400, y un valor ratificado de $1,635,299. **VINCULADOS 1. HOSPITAL PUERTO LOPEZ:** Valor facturado $496,067 y valor glosado $496,067 del cual Acepto Hospital $ 252,420 y levantado para Pago la ESE $ 243,647. **2. SAN CARLOS DE GUAROA** Valor facturado $2,769,949 y valor glosado $2,475,906 del cual Acepto Hospital $ 2,170,048 y levantado para Pago la ESE $ 305,858 y se habian realizado pagos parciales por valor de $294,043. Para un total de vinculados facturado de $ 3,266,016, del cual fue glosado y/o devuleto po rvalor de $ 2,971,973, que fue aceptado por los hopsitales un valor de $ 2,422,468 y el Valor levantado por las ESE para pago un valor de $ 549,505, y se realizaron pagos previos por parte de la Ese de $294,043, se adjuntan actas de conciliación.	5	5	100	Se dio cumplimiento a esta actividad

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	6	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Auditor de cuentas Medicas	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y /o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
JAIRO ANDRES MUÑOZ VIZCAINO
Contratista - Auditoría Cuentas Médicas

Revisó: Supervisora Contrato
CONSUELO AZABACHE ORTIZ
Area de cartera

Evaluación y seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: CARTERA

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 — EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Gestionar el cobro del 100% de la cartera de las entidades con las que tenemos contratos firmados, asi como gestionar la cartera de las entidades a las cuales se les prestan los servicios de salud.	Proyección de conciliaciones, actas y seguimientos a compromisos acordados con las Empresa y/o trámite correspondiente que aplique para gestión de cartera, con las entidades con las cuales se tiene contratado la prestación de servicios.	Profesional del área de Cartera	No. De entidades con quienes se gestiona la Cartera / Total de entidades deudoras X 100	Entregar un informe de gestión y de recuperación de la cartera ante la Gerencia y Subgerencia Administrativa y Financiera (Con corte a 30 de marzo 2020 (se presenta en abril el informe), con corte a 30 de septiembre (30 de octubre presenta informe).						X						X	A junio 30 y 31 diciembre 2020	De enero a junio de 2020 se ralizaron las siguientes gestiones a la cartera de la Empresa Social del Esta: 1) Se asistieron a las mesas programadas por la Secretaria de Salud Departamental en la cual se realizó conciliación y cruce de cartera con las siguientes entidades, Salud total, Capital Salud, Municipio de Puerto Lopez, Nueva E.P.S, Cajacopi, Ecoopsos, Municipio de Acacias, Municipio de San Martin, Municipio de Fuente de Oro, Comparta y Medimas. 2) Se realizó cruce y conciliación de manera virtual de cartera con Sanitas, Mutual Ser, Medimas, Pijaos, Capital Salud y Comparta	16	16	100%	Se dio cumplimiento
			2. Realizar la Circularización de los estados de cartera individual a cada una de las Entidades deudoras									X						X	a Junio y a Diciembre de 2020	El Area de Cartera circularizó a 149 entidades de las 161 entidades que le adeudan cartera a la Empresa Social del Estado con corte a 31 de marzo de 2020, de acuerdo a certificación firmada por la profesional del área de cartera, 12 entidades no se le envio circularización por encontrarsen en conciliación progamada y en liquidación (cafesalud, saludcoop, golden group, cruz blanca, medimas, nueva EPS, etc.), se adjuntan se folios	149	149	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
CARTERA	2	Gestionar la identificación de la cartera irrecuperable.	Realizar un análisis a la cartera de difícil cobro y ejecutar el trámite correspondiente al que haya lugar (Análisis a presentar a 30 de junio con corte a 31 de marzo de 2020 y otro informe General a presentar en Diciembre 31 de 2020 con corte a 30 de Septiembre de 2020.	Profesional Universitario del área de cartera, Subgerencia Administrativa y Financiera	No. de entidades identificadas como irrecuperables vs. No. de entidades Gestionadas.	Documentos de evidencia de la gestión realizada, actas , oficios, conciliaciones.						X						X	A 30 de junio y a 31 de Diciembre de 2020	Se presento ante el Comité de MIPG, informe de cartera con corte a 31 de marzo de 2020, como consta en el acta numero 07 de fecha 25 de junio de 2020. no se solicita apbrobacion de ajuste y/o castigo de cartera toda vez que nos encontramos en proceso de soportar informacion, por tal motivo se hará al cierre el 31 de diciembre de 2020, amparados en la ley de punto final expedida por el Ministerio de la Proteccion Social.	1	1		Se dio cumplimiento
			Presentar ante el Comité de Gestión y Desempeño (MIPG) para la análisis y aprobación de ajustes a los que haya lugar.									X						X	A 30 de junio y a 31 de Diciembre de 2020	Se adjunta oficio 315,25,02-010 con el cual se radicó informe de facturación mes de marzo de 2020, oficios 315.25.01-012 informe de facturación mes de abril y oficio 315.25.02-014 informde de facturación mes de mayo.				
	3	Verificar la facturación elaborada mensualmente, para disminuir el riesgo de errores en lo físico frente a lo registrado para que exista la trazabilidad de las facturas de venta, conciliación actualización de Cartera	Revisión de las facturas de venta físicas frente a los registros contables	Profesional área de Cartera	No. de facturas de venta radicadas / Total de facturas de venta elaboradas x100	Informes mensuales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	5 primeros días mes vencido.	Se adjunta oficio 315,25,02-010 con el cual se radicó informe de facturación mes de marzo de 2020, oficios 315.25.01-012 informe de facturación mes de abril y oficio 315.25.02-014 informde de facturación mes de mayo de 2020.	6051	6051	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	4	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Cartera	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1ER. TRIMESTRE DE 2020				

Responsable del Proceso Evaluado
CONSUELO AZABACHE ORTIZ
Area de Cartera

Reviso:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluación y seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 50%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de julio de 2020

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
ESE	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: CONTRATACION
VIGENCIA: 2020

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2DO TRIMESTRE DE 2020 — EVALUACION Y 1ER SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
CONTRATACION	1	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Oficina de Control Interno (de Gestión)	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	A EVALUAR EN EL 3 Y 4 TRIMESTRE DE 2020				
	2	Actualizar el manual de contratación de la empresa	1. Proyectar para actualizar el Manual de Contratación de la empresa. 2. Radicar a la Gerencia el proyecto de actualización.	Subgerencia Adminsitrativa y financiera, Asesor juridco externo y Area de contratacion	Manual de contratación actualizado y aprobado.	Acuerdo aprobado por Junta Direcitva Manual de contratación actualizado								X		X			1.Radicar a Gerencia a 31 agosto de 2020 y aprobación a 31 de octubre de 2020	A EVALUAR EN EL 3 Y 4 TRIMESTRE DE 2020				

Villavicencio, 22 de julio de 2020

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Responsable del Proceso
NANSY YASMINE ALVAREZ RAMIREZ
Contratación

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Asesoría y Acompañamiento
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
RVICIO (GETH(	4	Autoevaluar el proceso docencia servicio en cumplimiento a Decretos 2376, 780 de 2016 y 003 de 2003	1. Realizar la autoevaluación del cumplimiento de calidad en el área docencia servicio de la ESE Municipal como escenario de práctica para los diferentes convenios vigentes. 2. Presentar informe ante a Talento Humano resultado de la autoevaluación.	Coordinador convenios docencia servicio	Una autoevalución cada semestre	1. Autoevaluación 2. Informe radicado una vez vencido el semestre					X							X	A 15 de julio de 2020 y a 31 de diciembre de 2020	Radicó un informe a talento humano 10 de julio 2020	1	1	100%	
	5	Actualizar y/o diseñar los documentos (políticas, procedimientos y/o Manuales) del area de Convenios docencia servicio	Realizar la actualización de los documentos del Area conforme al Diagnóstico realizado en la vigenica 2020	Coordinador convenios docencia servicio	No. de documentos actualizados / Total de documentos a actualzar según diagnóstico x 100	1. Diagnóstico concertado con la oficina de calidad. 2. Documentos actualizados y/o diseñados a 31 de marzo 2020.			X										A 31 de marzo de 2020	Se evidencia diagnóstico de la vigencia 2020 y para el área no aplica ya que los procedimientos se encuentran actualizados	N/A	N/A	N/A	N/A
DOCENCIA	SERVICIO (GETH(	6	Depurar entre los convenios vigentes, los que no cumplen con las condiciones mínimas de calidad	1. Realizar un diagnóstico revisando los convenios vigentes 2.Proyectar los convenios a intevenir que no dan cumplimiento a los lineamientos nacionales ni a las condiciones mínimas de calidad establecidos en la ESE Municipal en conjutno con el asesor Jurídico y Talento Humano.	Coordinador convenios docencia servicio Talento Humano Asesor jurídico	No. de convenios cerrados o mejorados(intervenidos)/ Total de convenios que requieren ser intervenidos según diagnóstico x 100	1.Diagnóstico de los convenios revisados 2. Informe y/o concepto jurídico de los convenios a intervenir.			X	X								1. A 31 de marzo de 2020 2. A abril de 2020	Se dio cumplimiento durante el 2do. Trimestre de 2020 presentandolo extemporaneamiente.	1	1	100%	

Villavicencio, 27 julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
Coordinador Convenio Docencia Servicio

Revisó: Supervisora Contrato
MARÍA AURORA GARAVITO MOJICA
Prof. Univ. Talento Humano

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 3

PROCESO: FACTURACION
VIGENCIA: 2020

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
TURACION	1	Disminuir en un 85% el porcentaje de errores en la verificación de derechos	Revisión y Seguimiento al sistema y/o proceso de facturación de la empresa, notificando las inconsistencias y la acciones de mejoras a los facturadores.	Profesional del área de Facturación	No. De hallazgos subsanados / Total hallazgos evidenciados a los facturadores X 100	1. Informe mensual de auditoria con los hallazgos radicado a los facturadores vía correo electrónico 2. Respuesta de los facturadores de cómo subsanaron los hallazgos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se realizó revisión y seguimiento mensual: ABRIL de 2020: Se evidencian 2 hallazgos con 2 respuestas por parte de los facturadores y 3 informes enviados a la Subgerencia administrativa, 3 informes subsanados, como evidencia del cumplimento no existen pendientes de IPS en el mes de abril se adjunta reporte aplicativo SIHOS. MAYO de 2020 se evidencian 2hallazgos,2 respuestas por parte de los facturadores y 3 informes enviados 3 informes subsanados, como evidencia del cumplimentó no existen pendientes de IPS en el mes de mayo se adjunta reporte aplicativo SIHOS. JUNIO 2 hallazgo,2 respuestas por parte de los facturadores 3 informes enviados , 3 informes subsanados, como evidencia del cumplimiento no existen pendientes de IPS en el mes de junio , se realiza el reporte vía correo electrónico a facturadores de los centros de salud, se subsanaron todos los hallazgo arrojando una evidencia en el aplicativo SIHOS del 100 % de los servicios facturados en IPS según informes enviados y el reporte de la radicación que fue efectiva.	15	15	100%	Se dio cumplimiento
	2	Disminuir en un 80% el porcentaje de devoluciones de la facturación por deficiencias administrativo (glosas administrativas)	Dar respuesta oportuna a las devoluciones que realizan las entidades a quienes se les ha facturado con motivo de glosa administrativa.	Profesional Universitario del área de facturación	No. De glosas administrativas a las cuales se les dio respuesta dentro de los términos (mensualmente) / Total de glosas administrativas recepcionadas X 100	Certificado expedido por el área de Auditoria Médica de las glosas administrativas recepcionadas y tramitadas				X		X			X				Trimestral	1- Se realiza seguimiento a las devoluciones administrativas del periodo comprendido de enero a abril de 2020, según certificado emitido por el área de audotoría médica, se recepcionaron 154 facturas con devolución administrativa, las cuales tienen la trazabilidad y respuesta pertinete	154	154	100%	Se dio cumplimiento

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
FAC	3	Oportunidad en la radicación de la facturas de venta	Radicar el 90% de las facturas de venta generadas en el área de facturación, tener identificadas las facturas pendientes por radicar con su justificación (con el respectivo soporte) del motivo del por qué no fue posible la radicación en los términos establecidos en la normatividad vigente.	Profesional Universitario del área de facturación	No. De facturas radicadas en las diferentes entidades q quienes se les ha prestado los servicios de salud (dentro de los 20 primeros días de cada mes) / Total de facturas expedidas por el área de facturación (software SIHOS) X 90	Software SIHOS, facturas de venta generadas y radicadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	1. Se realiza seguimiento y se evidencian 3 reportes generados por el aplicativo SIHOS mensual de las facturas generadas vs. Las radicadas ante las diferentes entidades. 2 Se evidencian 3 oficios con los cuales se reportó a cartera la cantidad de facturas radicadas a las diferentes entidades vs cantidad de facturas elaboradas. 3. Oficios: 312.25-143 radicado el 24 de abril de 2020 en cartera de la facturación el mes de marzo de 2020 en donde se expidieron 2607 facturas, 55 facturas anuladas, 27 facturas devolución de la EPS Cajacopi, 248 facturas proceso de preauditoria(por habilitación de plataformas EPS por plan de contingencia COVID 19, 2277 facturas radicadas del mes, 190 radicadas del mes anterior, 4 anticipo 312.25-153-2020 radicado el 22 de mayo de 2020 en cartera de la facturación del mes de abril 2020, en donde se elaboraron 1993 facturas, 54 facturas anuladas,22 facturas con devolución de la EPS Cajacopi, 88 facturas en proceso de preauditoria, 1829 facturas radicadas, 274 facturas radicadas del mes anterior, 7 facturas anticipo del mes de mayo. 312,25-186-2020 radicado el 24 de junio de 2020 en cartera de la facturación del mes de febrero 2020, en donde se elaboraron 1945facturas, 32 facturas anuladas, 17acturas en preauditoria, 36facturas en devolución EPS Cajacopi, 24 facturas PPL pendientes por autorización, 1839 radicadas, 87 facturas radicadas de mes anteriores, 22 facturas anticipos mes de junio.	6404	6493	99	Se dio cumplimiento en un 99%
			Entrega Mensual al área de Cartera (los días 25 de cada mes) de la facturas de ventas debidamente radicadas en las diferentes entidades por servicios prestados en el mes inmediatamente anterior.	Profesional Universitario del área de facturación		Oficios radicado a cartera (Uno mensual) Listado de las facturas generado por SIHOS Plantilla de entregas posteriores del meses anteriores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	mensual					

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
FACTURACION	4	Disminuir la inexactitud en el proceso de facturación (facturar)	Reuniones bimensuales con los facturadores donde se evidencien los errores frecuentes con acciones correctivas y retroalimentación de temas pertinentes al área en la cual participen todos los colaboradores del área	Área de facturación y facturadores	Reducir los errores frecuentes que se presentan en el proceso de facturación	1. Acta de reunión 2. Lista asistencia		X		X		X		X		X		X	bimensual	1-Se evidencia que el área de facturación cancelo el 20 de abril de 2020 la convocatoria a reunión bimensual , en cumplimiento a la circular 0018 del ministerio de trabajo medidas de protección COVID 19, se realizo una actividad vía mail para identificar las dudas que se tienen en IPS y retroalimentación de nuevas directrices que se implementan en el proceso de facturación con posterior trazabilidad dejando la evidencia de la actividad realizada en el oficio 312.25-124/2020 . 2-Se evidencia que el área de facturación realizo una reunión bimensual vía online el 12 de junio de 2020.segun acta No. 005, soportada con registro fotografico y grabación del encuentro.	2	2	100%	Se dio cumplimiento
	5	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del área de facturación	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Facturación	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guías, formatos, instructivos, y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1ER. TRIMESTRE DE 2019				

NOTA: Por solicitud de la líder de facturación indica que si elaboró y aprobaron los procedimientos (3) y formato (1) con fecha 01 de abril de 2020.

Evaluado: Responsable del Proceso
SANDRA MILENA OROZCO BUITRAGO
Área de Facturación

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Seguimiento y Evaluación por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 75%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
MUNICIPIO DE LA VICENCIO
NIT: 822.002.459-8
CONTROL INTERNO
RECIBIDO POR: HORA:
FECHA: 22-07-2020 CONSECUTIVO:

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 3

PROCESO: FARMACIA
VIGENCIA: 2020

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Recepción y Almacenamiento de disposistivos Médicos y Medicamentos	Recepcionar Técnicacamente dispositivos médicos y medicamentos validando la información de manufactura.	Regente de Farmacia y Auxiliar de Farmacia	No. de Dispositivos Médicos y Medicamentos recepcionados / Total de Dispositivos Médicos y Medicamentos almacenados X 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	La farmacia recepciona tecnicamente dispositivos médicos y medicamentos validando esta informacion, se radica informe del 2° trimestre del 2020 de fecha de 10 de Julio del 2020 ante la Subgerencia Cientifica. (el total de medicamentos y dispositivos medicos recepcionados y almacenados es de 207622 segun facturas recepcionadas del mes de abril al mes de junio del 2020)	207.622	207.622	100%	Se dio Cumplimiento
	2	Dispensación de Dispositivos Medicos Y Medicamentos.	Entregar de Medicamentos y Dispositivos medicos servicio Enfermeria.	Regente de Farmacia y Auxiliar de Farmacia	No. de Dispositivos Médicos y Medicamentos validados / Total de Dispositivos Médicos y Medicamentos dispensados X 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	La farmacia dispensa dispositivos médicos y medicamentos validando esta informacion, se radica informe del 2° trimestre del 2020 de fecha de 10 de Julio del 2020 ante la Subgerencia Cientifica. (el total de medicamentos y dispositivos medicos dispensados es de 78073 segun formulas entregadas del mes de abril al mes de junio del 2020)	78.073	78.073	100%	Se dio Cumplimiento
	3	Distribucción de Medicamnetos y Dispositivos Médicos.	Enviar y Entregar pedidos en los centros de salud dentro de los 10 primeros dias calendario.	Regente de Farmacia y Auxiliar de Farmacia	No. de pedidos recibidos / Total de pedidos entregados	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	La farmacia hace el envio y entrega de los pedidos a los centros de salud dentro de los 10 primeros dias calendario de cada mes. Se radica informa del 2° trimestre del 2020 ante la Subgerencia Cientifica. (El total de pedidos recibidos del mes de abril al mes de junio. es de 602 de los cuales salieron 592 para consulta externa y areas administrativas segun salidas 901 a 1493 y 10 para odontologia segun salidas 507 a 516).	602	602	100%	Se dio Cumplimiento
	4	Procedimiento para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Realizar control através de reporte de fechas de vencimiento que los centros de salud envia mediante formato FR33-06-V3	Regente de Farmacia.	No. de reportes recibidos / Total de reportes Auditados X 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	La farmacia realiza el control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos que los centros de salud envian mediante formato fr33-06-v2. Se radica informe del 2° trimestre de 2020 ante la Subgerencia Cientifica. (El total de reportes recibidos del mes de abril al mes de junoi es de 14 y esos mismos 14 fueron auditados).	14	14	100%	Se dio Cumplimiento

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
FARMACIA	5	Procedimiento para la semaforizacion de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Identificar fechas de vencimeinto, colocando distintivo de color	Auxiliar de Farmacia - Regente de Farmacia.	No. de MQ Y MD identificados / Total deMQ Y MD semaforizados	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Se identifican las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos donde se coloca un distintivo de color para diferenciarlos. Se radica informe del 2° trimesre de 2020 ante la Subgerencia Cientifica. (Se detectaron medicamentos 5774 y 44 dispositivos medicos para un total de 5818 insumos semaforizados de acuerdo al instructivo de semaforizacion de fechas de vencimiento de la ESE Municipal de Villavicencio).	5.818	5.818	100%	Se dio Cumplimiento
	6	Manejo de Medicamnetos de control especial y monopilo del estado.	Gestionar compra	Regente de Farmacia.	No. de MD identificados / Total de MD comprados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Se gestionó la compra de 364 medicamentos de control especial de los cuales se detecto la necesidad de 364 cantidades. Se radica informe del 2° trimesre de 2020 ante la Subgerencia Cientifica.	364	364	100%	Se dio Cumplimiento
			Recepcionar Medicamentos	Regente de Farmacia.	Número de Medicamentos recepcionados / Total Medicamentos almacenados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Se recepcionó un total de 364 medicamentos de control especial de los cuales se se alamaceno 364 cantidades. Se radica informe del 2° trimesre de 2020 ante la Subgerencia Cientifica.	364	364	100%	Se dio Cumplimiento
			Descarga de ineventarios por sistema y en el libro.	Regente de Farmacia.	Número de Medicamentos dispensados / Total Medicamentos descargados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Se descarga del inventario tanto del sistema como en el libro. Total de medicamentos de control dispensados y descargados es de 309 según libro de medicamentos de control y sistema, donde se doispensaron en el mes de enero 138, en el mes de febrero 99 y en el mes de marzo 72.	339	339	100%	Se dio Cumplimiento
			Entregar informes SSDM	Regente de Farmacia.	Número de informes enviados / Total infromes archivados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Se radicaron los informes mensuales y realizaron 3 informes de medicamentos de control correspondientes al mes de abril, mayo y junio del 2020, los cuales fueron radicados en la Secretaria de Salud y archivados en el Servicio Farmacéutica.	3	3	100%	Se dio Cumplimiento

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	7	Procediemiento farmacovigilancia.	Reportes a oficina de calidad cuando se presenten eventos adversos	Regente de Farmacia.	No. de reportes recibidos / Total de reportes gestionados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Durante los meses de abril, mayo y junio de 2020 NO se recibió en el área farmacéutica ningún reporte de evento adverso a dispositivos médicos	N/A	N/A	N/A	Se dio Cumplimiento
	8	Procedimiento Tecnovigilancia.	Reportes a oficina de calidad cuando se presenten eventos adversos	Regente de Farmacia.	No. de reportes recibidos / Total de reportes gestionados x 100	Un Informe Trimestral consolidado del indicador radicado a la Subdirección Científica. (el informe de Noviembre y diciembre de 2020 se radicará en enero de 2021)				X			X			X			Radicar los 10 primeros días siguientes al trimestre programado	Durante los meses de abril, mayo y junio de 2020 NO se recibió en el área farmacéutica ningun reporte de evento adverso a medicamentos	N/A	N/A	N/A	Se dio Cumplimiento
	9	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Regente de Farmacia	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1ER. TRIMESTRE DE 2020				

Responsable del Proceso Evaluado
HANSS GRIMALDOS OSPINA
Area de Farmacia

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Seguimiento y Evaluación
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	86%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	100%

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020					
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO	
GESTION DOCUMENTAL	1	Optimizar el proceso de GESTION DOCUMENTAL de la ESE MUNICIPAL	1. Sensibilizar y brindar asesorías a los responsables de los archivos de gestión en áreas administrativas y procesos asistenciales, en materia de organización de los archivos de gestión de las dfirentes áreas administrativas y procesos asistenciales de la Entidad. de acuerdo a la necesidad y los requerimiento solicitados por las diferentes áreas.	Coordinación Archivo	Asesorías a las áreas	1. Cronograma 2. Planillas de Asesoría	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se evidencian planillas correspondientes a inspecciones, asesorias y sencibilizaciones a los responsables de los archivos de gestión, tanto de áreas administrativas, como procesos asistenciales, detallados así: Abril- Porfía (Hospitalización y Urgencias), Planeación y Calidad, Auditoría Cuentas Médicas. Mayo: Almacén, Coordinación Odontología, Tesorería, Contratación, Laboratorio Clínico (Grupal), cartera, Porfía (Enfermería Pyp, Urgencias), Comuneros (PyP). Junio: Odontología (Grupal), Tesorería	13	13	100%	Se dio cumplimiento	50%
		Optimizar el proceso de GESTION DOCUMENTAL de la ESE MUNICIPAL	2. Llevar a cabo seguimiento y evaluaciones a las dependencias, en cuanto a organización de sus archivos de gestión, inventario documental. Presentando el respectivo informe semestral a la Subgerencia Administrativa y Financiera.	Coordinación Archivo	No. de informes presentados / Total de informes a presentar x 100	2 Informes (Un informe por semestre)						X						X	A los 10 días después del vencimiento del semestre.	No se realizó el esta actividad	0	2	0%	No se dio cumplimiento se recomienda suscribir Plan de Mejormiento antes del 15 de agosto de 2020.	
	2	Dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, en cuanto a la publicación de la información mínima en la página Web de la entidad	Elaborar el informe de solicitud de acceso a la información de los requerimientos solicitados al Archivo Central y presentar un informe a la Subgerencia Administrativa y Finaniera para que esta a su vez realice la consolidación para su posterior publicación en la página web de la Entidad.	Coordinadora Archivo y la Subgerencia Administrativa y Financiera	Informe semestral de acceso a la información	Informe semestral						X						X	Semestral	Informe presentado a la Subgerencia Administrativa y Financiera vía email correspondiente a las solicitudes elevadas al archivo central a las cuales se les brindó oportuna respuesta.	1	1	100%	Se dio cumplimiento	100%

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020					
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO	
	3	Dar Respuesta a los requerimientos de solicitudes de préstamo documental de las diferentes áreas o procesos de la entidad	Realizar búsqueda y préstamo de la información que reposa en el archivo central; requerida por las áreas y procesos de la entidad, llevando el respectivo registro de préstamo y devolución en el libro de control de préstamo documental.	Coordinación de Archivo, Personal auxiliar de archivo	N° de documentos devueltos y re archivados en el archivo central/Total de documentos prestados a las áreas o procesos de la entidad x 100	Libro de registro préstamo Documental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Durante el 2do. rimestre no se realizaron préstamos documentos se pudo evidenciar Se lleva el libro de Registro de préstamos documentales con la evidencia de solicitud y devolución sin novedad, de las unidades decumentales solícitadas al archivo central en calidad de préstamo y a partir del FR-370-12-V1 -Control de Préstamo de Documentos 26/03/2020	0	0	100%	Se dio cumplimiento (aunque revisado el no hubo préstamo de documentos)	100%
	4	Actualizar los documentos (Caracterizaciónprocedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del área	1. Actualizar y/o diseñar caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área 2. Socializar los procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área	Coordinación de Archivo, Personal auxiliar de archivo	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a	1. Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área actualizados y/o diseñados 2. Listado de asistencia de socializaciones			X		X								1. A 31 de Marzo de 2020 2. A 30 de Junio de 2020	De acuerdo al diagnóstico elaborado en el mes de Diciembre de 2019, se programó actualizar 2 procedimientos a 30 de Junio de 2020. 1, PR-370-02-V3 Procedimiento Transferencias Documentales Primarias de fecha 04/06/2020 2, PR-370-06-V1 Procedimiento para la elaboración, presentación, evaluación, aprobación e implementación de las Tablas de Retención Documental-TRD y Tablas de Valoración Documental -TVD.	1	2	50%	No se dio cumplimiento se recomienda suscribir Plan de Mejormiento antes del 15 de agosto de 2020.	50%

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 75%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 75%

Villavicencio, 25 de Julio de 2020

Evaluado: Responsable del Proceso
SONIA DOMINGUEZ HERNANDEZ
Area de Nómina

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Seguimiento y evaluación por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 2

PROCESO: NOMINA y APORTES PATRONALES
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
NOMINA y APORTES PATRONALES	1. AUSENTISMO	Realizar seguimiento al ausentismo presentados por permisos, incapacidades, y permisos sindicales al 100% de funcionarios de planta de la entidad	Alimentar el software de ausentismo permanentemente a fin de presentar un informe semetral sobre el diagnóstico de ausentismo presentado por los funcionarios de planta, de acuerdo a las diferentes variables para que sea tomado en cuenta en el area de Salud Ocupacional para la vigencia 2020.	Profesional Universitario del área de nómina y responsable del area de Salud Ocupacional	Informe consolidado por semestre vigencia 2020	2 informes consolidados del primer y segundo segundo semestre vigencia 2020						X						X	30/06/2020 31/12/2020	Se evidencia informe consolidado correspondiente al primer semestre de 2020, radicado ante la Subgerencia Administrativa y Financier	1	1	100%	Se dio cumplimiento
	2. PROCEDIMIENTOS	Estructurar o actulizar procedimientos, guías, instructivos y manuales del área de nómina	Revisión y actualización si es necesario de los procedimientos adoptados por área de nómina	Profesional Universitario del área de nómina	No. de procedimientos revisados y actualizados si es necesario	3 procedimientos estructurados o actualizados si es necesario						X							30/06/2020	Se revisa y evidencia la actualización de cuatro (04) procedimientos en el área de nómina de fecha 30 de Junio de de 2020, asi: 1. PR-320-09-V3 Procedimiento hoja de vida 2. PR-320-06-V3 Procedimiento para la liquidación de horas extras. 3.PR-320-10-V4 Procedimiento para el Reconocimiento de Cesantias. 4. PR-320-11-V2 Procedimiento vinculacion de personal de planta	3	3	100%	Se dio cumplimiento
	3. FONDOS	GESTIONAR LA CONCILIACION DE APORTES PATRONALES (SITUADO FISCAL Y SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES).	Gestionar la conciliar con las EPS, AFP. ARL, fondos de cesantias los saldos girados por el Ministerio de la Protección Social	Profesional Universitario del área de nómina	Certificación expedida por el área de nómina semestralmente informando la gestión ante cada entidad	Una Certificación						X						X	30/06/2020 31/12/2020	Se evidencia certificacion de fecha 30 de junio de 2020 de la gestion adelantada con cada entidad , correspondiente al primer semestre de la vigencia 2020	1	1	100%	Se dio cumplimiento
TES PATRONALES	4. NOMINA	Recepción y registro en el sistema (software) de novedades para nómina	Aplicar los mecanismos de verificación (listas de chequeo) y Procedimiento PR-320-02- diseñados para el control de la nómina	Profesional Universitario del área de nómina	Formatos mensuales debidamente firmados	Formatos mensuales debidamente firmados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se evidencia el formato N. 01, certificado por la Subgerencia Admitiva y Fra. Recepcion y registro en el sistema de novedades para nomina y el procedimiento PR 320-02-V2 AZ procedimientos diseñados para el control de la nomina, para los meses de abril, mayo y junio de 2020	1	1	100%	Se dio cumplimiento

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 2

PROCESO: NOMINA y APORTES PATRONALES
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
NOMINA y APOR	5. INFORMES DE CONTROL	Elaboración y presentación oportuna de los informes a entidades de vigilancia y control.	Dar cumplimiento al cronograma de presentación de informes y registrar en formato establecido la información	Profesional Universitario del área de nómina	2 Formatos debidamente firmados por semestre	2 Formatos debidamente firmados por semestre						X						X	30/06/2020 31/12/2020	Formato No. 03 Verificacion de Informes Enviados durante los meses de Enero a Junio de 2020, firmado por la subgerente administrativa y fra, la evidencia se encuentra en la AZ Nomina-informes de nomina	1	1	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
AURORA CASTRILLON MORALES
Area de Nómina

Nancy Prieto.
Revisó
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Seguimiento y Evaluación
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
VIGENCIA: 2020

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Concertar con la ARL AXA COLPATRIA el plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo para la vigencia 2020.	1. Concertar el plan de trabajo de Seguridad y salud en el trabajo con la ARL AXA COLPATRIA, vigencia 2020.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Plan de trabajo documentado y firmado por las dos partes (ARL AXA COLPATRIA - Coordinador del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo).	Plan de trabajo documentado y firmado por las dos partes (ARL AXA COLPATRIA - Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo); radicado a Gerencia.		X											A 29 de febrero de 2020	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				
	2	Presentación de informe de gestión de residuos hospitalarios generados por la ESE Municipal de Villavicencio en el 2019, a las entidades de control, Dirección de saneamiento ambiental (DISAM) y la Corporación para el desarrollo sostenible del área de manejo especial la macarena (CORMACARENA).	1. Desarrollo del informe de gestión de los residuos hospitalarios generados por la ESE Municipal de Villavicencio 2019, con los indicadores de gestión para presentar a la Dirección de saneamiento ambiental (DISAM).	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo - Ingeniero ambiental	Informe de gestión de residuos hospitalarios 2019 radicado en la Dirección de Saneamiento Ambiental (DISAM).	Informe de gestión de residuos hospitalarios 2019 con los respectivos indicadores de gestión. Radicado en la Direccion de Saneamiento Ambiental (DISAM).		X											A 29 de febrero de 2020	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				
			2. Desarrollo del informe de gestión de los residuos hospitalarios generados por la ESE Municipal de Villavicencio 2019 y diligenciamiento del formato único PM-GA.3.74.119 de CORMACARENA.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo - Ingeniero ambiental	Informe de gestión de residuos hospitalarios 2019 y diligenciamiento de formato único PM-GA.3.74.119 radicado en CORMACARENA.	Informe de gestión de residuos hospitalarios generados por la ESE municipal de Villavicencio en el 2019, presentados en el formatos PM-GA.3.74.119. Radicado en CORMACARENA.		X											A 29 de febrero de 2020	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				
			3. cargar la información de los volúmenes de residuos generados por la ESE Municipal de Villavicencio en el 2019, en la plataforma del IDEAM.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo - Ingeniero ambiental	Balances de materias primas y bienes consumidos durante el periodo 2019 de los centros de salud Esperanza, Recreo y Porfia.	Balances de materias primas y bienes consumibles 2019 centro de salud Esperanza, Recreo y Porfia descargados de la plataforma del IDEAM.		X											A 29 de febrero de 2020	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	3	Formación al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	1. Inscripción al curso de las 50 Horas del SG-SST en la plataforma de la ARL AXA COLPATRIA	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	No. de integrantes del COPASST /Total de integrantes del COPASST inscritos al curso de las 50 horas del SG-SST) X 100	Inscripción de los integrantes del COPASST			X										A 30 de Marzo 2020	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				
			2. Capacitación al COPASST	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	No. de integrantes del COPASST participantes de la capacitación / Total de integrantes del COPASST programados para la capacitación X 100	Asistencia a la Capacitación							X						A 31 de Julio 2020	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE				
	4	Actualización documental del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, para la vigencia 2020 en el marco del Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019	1. Formulación de la politica General de Prevención y protección de la agresión y violencia hacia los trabajadores de la ESE Municipal de Villavicencio.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	Politica General de Prevención y protección de la agresión y violencia hacia los trabajadores	Politica General de Prevención y protección de la agresión y violencia hacia los trabajadores firmada por la Gerencia y aprobada mediante resolución.					X								A 31 de Mayo 2020	El dia 25 de Junio 2020, mediante resolución 0212 se aprobó y adoptó la Política de prevención y protección de agresiones y violencia contra toda persona que preste servicios en la Empresa Social del Estado del Municipio de Villavicencio, independiente al tipo de vinculación, se dio cumplimiento la emisión del acto administrativo mas no en la fecha que era a 31 de mayo de 2020. Se evidencia acta 007 - 2020 del MIPG del 25 de junio donde se aprueba el ajuste posterior a la fecha de 31 de mayo 2020	0	1	0%	No se dio cumplimiento respecto a la oportunidad (tiempo 31 de mayo de 2020), se recomienda suscribir plan de mejoramiento antes del 31 de julio de 2020.
			2. Actualización de la Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos	Matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos actualizada							X						A 31 de Julio 2020	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE				

Área	Ítem	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	5	Actualización del Plan de Prevención, preparación y respuesta ante emergencias con cobertura a los 18 centros de salud, 2 sedes administrativas, bodega de archivo de la Empresa ESE Municipal de	1. Inscripción de nuevos integrantes de la brigada de emergencia de la ESE Muncipal de Villavicencio.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Integrantes de la brigada de emergencias inscritos en el 2020.	Formato de inscripcion de brigadistas nuevos diligenciado y firmado por los aspirantes de la vigencia 2020.								X					A 31 de agosto 2020	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE				
			2. Formación integral a brigadistas de la ESE Municipal de Villavicencio	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.	No. de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones planeadas X 100	Certificación de formacion de brigadistas.									X				A 30 de septiembre 2020	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE				
			3. Desarrollo de simulacro de evacuación en los centros de salud Esperanza, Recreo, Porfia y las dos sedes administrativas.	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.	No. de Simulacros ejecutados / Total de Simulacros programados X 100	Informe de simulacro de evacuación adelantado en los centros de salud: Esperanza, Recreo, Porfia y las dos sedes administrativas.										X			A 31 de Octubre 2020	A EVALUAR EN EL 4to. TRIMESTRE				

Responsable del Proceso Evaluado
SANDRA PATRICIA SANCHEZ PEÑA
Coordinador SG-SST

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 0%

Villavicencio, 27 de Julio de 2020

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
ESE	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 2

PROCESO: SIAU
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
SIAU	1	Organizar las funciones y responsabilidades de los integrantes de la Asociación de Usuarios (Según Decreto 1754 de 1994 y demás normatividad vigente)	1. Elaborar los estatutos de la Asociación de Usuarios (Según Decreto 1754 de 1994 y demás normatividad vigente) 2. Aprobación mediante acta de Asociación de Usuarios de los Estatutos. 3. Publicar estatutos aprobados en web, redes sociales y carteleras institucionales de los centros de salud y sede administrativa.	Profesional Universitario I - SIAU	Estatutos de la Asociación de Usuarios (Según Decreto 1754 de 1994 y demás normatividad vigente)	Estatutos aprobados de la Asociación de Usuarios y pantallazo de la publicación y registros fotográficos						X		X			X	1.Elaboración: A 30 de junio de 2020 2. Acta de aprobación de estatutos a 30 de Agosto de 2020. 2. Publicación estatutos en página web, redes sociales y carteleras a 30 de Diciembre 2020.	1. Se elaboran los Estatutos de la Asociación con el acompañamiento de sus integrantes y del Asesor jurídico externo. 2. Se aprueban los Estatutos de la Asociación de Usuarios el 10 de Junio de 2020 mediante Acta No. 004 de 2020 de la Asociación de Usuarios.	1	1	100%	Se dio cumplimiento a las actividades
	2	Brindar a los usuarios información para que conozcan sus derechos y deberes.	Realizar Charlas con los usuarios para socializar sus derechos y deberes.		No. charlas realizadas semestralmente a los usuarios / Total de charlas programadas a los usuarios X 100%	Formato de registro de asistencia, registros fotográficos, memorias y/o material utilizado.						X					X	A Junio 30 y a Diciembre 30 de 2020	Se realiza charla de Deberes y derechos con el nuevo folleto, en los centros de salud Popular el 17/06/2020 y en el Barzal el 24/06/2020	2	2	100%	Se dio cumplimiento a las actividades
	3	Diseñar una guía con orientaciones básicas que permita mejorar la interacción entre los servidores publicos y los usuarios.	1. Elaborar instructivo. 2. Radicar para su codificación en la Oficina de Planeación y Calidad. 3. Socializar e implementar el Instructivo de Atención al Ciudadano de la Empresa Social del Estado (a funcionarios y/o contratistas)		No. socializaciones realizadas al personal sobre el Instructivo de Atención al Ciudadano / Total de funcionarios y contratista a socializar (20%) X 100%	Instructivo de Atención al Ciudadano, listas de asistencia.						X		X			X	1. Elaboración Instructivo (A 30 de Junio 2020). 2. Radicación a Calidad para codificación (A 30 de Agosto de de 2020) 3. Socialización del instructivo al 20% del personal (A 30 de Diciembre 2020)	1 y 2. Se elabora y solicita la codificación del Protocolo de Atención al usuario el 05 de Junio de 2020 al área de calidad, quedando bajo la codificación PT-500-01-V1	N/A	N/A	N/A	N/A

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUAC 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUAC 100%

Villavicencio, 08 de Julio de 2020

Giovanna Díaz R

Evaluado: Responsable del Proceso
GIOVANNA DIAZ RUBIO
Profesional Universitario I - SIAU

Revisó Jefe Inmediato
NUBIA LORENA VALENCIA ZULETA
Jefe Oficina de Planeación y Calidad

Evaluación y Seguimiento
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: SISTEMAS

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
SISTEMAS	1	Implementar el sistema de gestión de tecnología	Dar traslado para la Baja de equipos de cómputo e impresoras que por sus características tecnológicas de bajo procesamiento ya no son aptas para el rendimiento necesario en los procesos de la entidad y aquellas que por daños técnicos costo/beneficio no es rentable su arreglo.	Gerencia, Subdirección Administrativa y Financiera y área de Sistemas	Una actividad de bajas de equipos de cómputo. (1)	Formato(certificado) de equipos de cómputo para bajas.												X	21/12/2020	A EVALUAR EN EL 4do. TRIMESTRE DE 2020				
	2	Información mínima a publicar en la web institucional	Seguimiento de la información mínima a publicar en la web institucional	Oficina de Calidad y área de Sistemas	No. de evaluaciones realizadas a los criterios básicos de publicación. (3)	Evaluación realizada a los criterios básicos de publicación y oficio referente al tema a las áreas responsables de la información.				X			X				X		30/04/2020, 31/08/2020 y 21/12/2020	Se evidencia a través de la evaluación realizada por la profesional universitaria Marcela Cerinza Murcia con fecha 30 de abril de 2020, también anexa correo electrónico de socialización de los resultados con fecha 27 de mayo 2020 a los lides y coordinadores de los procesos que suministran la información para se publicada en la web institucional.	1	1	100%	
	3	Apoyar al área de PyP en la generación, envio y corrección del informe de la Resolución 4505 de 2012	Generación, corrección y envió del informe de la resolución 4505 de 2012 a las por EPS	Subdirección científica, programa de PyP y Área de Sistemas	No. de certificados de presentación de informes de la resolución 4505 emitidos por el área de sistemas. (4)	Oficios y/o certificados de entrega del informe de la resolución 4505 de 2012 a la EPS.	X			X			X			X			Mes una vez vencido el trimestre	1. Certificado Comparta fecha de radicado 12-05-2020 2. Certificado Nueva EPS fecha de radicado 10-05-2020 3. Correo electrónico Ecoopso de fecha 10-05-2020 4. Oficio 340-25-0026 para Capitalsalud con fecha de recibido 27-04-2020 5. Oficio 340-25-0024 para Secretaria de Salud Municipal con fecha de recibido 20-04-2020 6. Correo electrónico Mallamas de fecha 20-04-2020 7. Oficio 340-25-0031 para Cajacopí con fecha de recibido 27-04-2020	7	7	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	4	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Sistemas	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados		X			X								1 y 2. A 28 de Febrero de 2020 2. A 31 de Mayo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	Se evidencia la documentación actualizada en la siguiente dirección: http://192.168.10.18/ws/?seccion=5617 1. CP-340-V3 Caracterización Sistemas Información (28 mayo 2020) 2. INS-340-01-V3 Instructivo Contingencia Ante Pérdida de Conectividad (08 junio 2020) 3. PR-340-03-V6 Protección información contenida Sistema de información (29 mayo 2020) 4. PR-340-06-V4 Procedimiento Plan Participación Ciudadana (08 junio 2020) 5. PR-340-07-V2 Procedimiento Monitorización, control y reposición de las Tecnologías (8 junio 2020), se diseñaron los procedimientos quedando aprobados y publicados en la página web de la entidad, de los 5 procedimientos proyectados, 3 fueron aprobados extemporaneamente.	2	5	40%	Cumplimiento del 40%

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 50%
2er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 80%

Villavicencio, 24 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
MARCELA CERINZA MURCIA
Profesional Universitaria Grado 3 -Area Sistemas

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluación y seguimiento
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 2

PROCESO: TALENTO HUMANO
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
TALENTO HUMANO	1	Implementar una adecuada Gestión Estratégica de Talento Humano que permita que la selección, inducción, capacitación, evaluación de desempeño, y calidad de vida laboral se conviertan en herramientas adecuadas para el ejercicio de las funciones y responsabilidades y en condición mínima para facilitar el autocontrol por parte de cada servidor	Continuar con la ejecución del plan de Estratégico conforme al estado en el que se encuentra la gestión estratégica del talento humano en la entidad, a través de los lineamientos, política y matriz de MIPG; definiendo con ello el nivel en que se encuentra dicha gestión: básico operativo, de transformación o de consolidación.	Profesional Universitario	No. de acciones ejecutadas de acuerdo al Plan Estratégico / Total de actividades proyectadas en el Plan Estratégicox 100	Seguimiento al Plan Estratégico											X	A 30 de diciembre de 2020	A EVALUAR EN EL 4to. TRIMESTRE DE 2020				
	2	Proyectar y adoptar los planes señalados en el Modelo Integrado de Planeación de la Gestión MIPG, favoreciendo con ellos la organización de la administración y desarrollo permanente del talento humano de la Empresa.	1. Ejecutar el Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales 2020	Profesional Universitario	No. de acciones ejecutadas en el Plan / Total de acciones proyectadas en el Plan x 100	Un Plan aprobado y la evaluación			X								X		1. A 31 Marzo de 2020 Plan aprobado. 2. 31 Diciembre de 2020 la evaluación	A EVALUAR EN EL 4to. TRIMESTRE DE 2020				
			2. Ejecutar el Plan Insitucional de Capacitación PIC 2020		No. de acciones ejecutadas en el Plan / Total de acciones proyectadas en el Plan x 100	Un Plan aprobado y la evaluación			X								X		1. A 31 Marzo de 2020 Plan aprobado. 2. 31 Diciembre de 2020 la evaluación	A EVALUAR EN EL 4to. TRIMESTRE DE 2020				
	3	Medir e Intervenir el Clima Laboral de la Empresa, en pro de un mejor ambiente de trabajo y Binestar de los grupos de trabajo	1. Aplicar un Instrumento de medición de clima laboral.	Profesoinal Universitario GETH	No. de trabajadores de la Empresa/ Total de encuestas aplicadas de clima x 100	Un Diagnóstico de Clima Laboral							X						31 de Julio de 2020	A EVALUAR EN EL 3ER. TRIMESTRE DE 2020				

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	4	Medir e Intervenir el Clima Laboral de la Empresa, en pro de un mejor ambiente de trabajo y Binestar de los grupos de trabajo	1. Presentar Informe de Medición de Clima con acciones de Mejora propuestas	Profesoinal Universitario GETH	No. de Diagnósticos realizados / Total de Informe de Clima Laboral x 100	Informe Final de Medición con Acciones de Mejora								X					Agosto de 2020	A EVALUAR EN EL 3ER. TRIMESTRE DE 2020				
			2. Realizar Intervención de Clima Laboral con los trabajadores de la Entidad	Profesoinal Universitario GETH	No. de intervenciones de clima realizadas durante el 2020/ Total de intervenciones de clima propuetas para el 2020 x 100	Informe de clima laboral vigencia 2020									X				A 30 Septiem bre de 2020	A EVALUAR EN EL 3ER. TRIMESTRE DE 2020				
	5	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area de Talento Humano	Realizar la actualización de los documentos del Area conforme al Diagnóstico realizado en la vigenica 2019	Profesoinal Universitario GETH	No. de documentos actualizados / Total de documentos que requieren ser actualizacios según diagnostico x 100	Documentos Actualizados			X						X				1. A 31 de Marzo relacion de documentos a actualizar 2. A 30 de Septiembre de 2020 Documentos Actualizados	A EVALUAR EN EL 3ER. TRIMESTRE DE 2020				

Villavicencio, 30 de Junio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
MARIA AURORA GARAVITO MOJICA
Area de Talento Humano

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE [redacted]AVICENCIO	FR-100-01-V1
ESE	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: TESORERIA

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 1ER. SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
TESORERIA	1	Presentación de Informes a Entes de Control	Realizar la ejecución presupuestal de ingresos	Tesorería	No. de Informes trimestrales o semestrales realizados / Total de Informes trimestrales o semestrales presentados X 100	Cargar ejecución de ingresos mensual y apoyo en los informes a los Entes de Control.	X			X			X			X		Trimestral	Se evidencia documento de ejecución presupuestal enviada al Ministerio-protección social con corte a 31 deMARZO de 2020; realizando el respectivo cargue de información del primer trimestre/2020. por parte del área de tesorería.	1	1	100%	se dio cumplimiento
	2	Dar a conocer a la Gerencia y a la Subdirección Administrativa y Financiera los Saldos Bancarios.	Presentar a la Gerencia y a la Subdirección Administrativa y Financiera semanalmente un informe detallado de los saldos en bancos tanto de las cuentas activas como de las cuentas inactivas. 100% (Presentar informes de saldos semanalmente).	Tesorería	No. de informes semanales radicados a Gerencia y a la Subdirección Administrativa y Financiera / Total de semanas del mes X 100	Un (1) informe semanal, radicado en Gerencia y Subdirección Administrativa y Financiera de los sobre saldo en los Bancos tanto de las cuentas activas como de las inactivas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Semanal	Se presentaron informes a la Gerencia y a la Subgerencia Administrativa y Financiera mediante Oficios Nros. 313.25.037 radicado el 06 de Abril de 2020, Nros. 313.25.039 radicado el 14 de Abril 2020, Nros. 313.25.041. radicado el 23 de Abril 2020, Oficio 313.25.046 radicado el 28 de Abril 2020; Oficio 313.25.050 radicado el 05 de Mayo de 2020, Oficio 313.25.054 radicado el 12 de Mayo de 2020; Oficio 313.25.058 radicado el 19 de Mayo de 2020; Oficio 313.25.064 radicado el 29 de Mayo de 2020; Oficio 313.25.068 radicado el 02 de Junio de 2020, Oficio 313.25.077 radicado el 10 de Junio de 2020; Oficio 313.25.079 radicado el 16 de Junio de 2020; Oficio 313.25.086 radicado el 26 de Junio de 2020; Oficio 313.25.088 radicado el 01 de Julio de 2020. Oficio Observándosen documentos elaborados por el área de tesorería, los cuales reflejan saldos periódicos en bancos, de las cuentas activas. En ABRIL, MAYO Y JUNIO de 2020 se presentaron semanalmente los informes, en ABRIL de 2020 se presentaron semanalmente un total de 04 informes, en MAYO de 2020 se presentaron en total 04 informes. y en JUNIO de 2020 se presentaron un total de 04 informes, Para un total de 12 informes presentados de ABRIL A JUNIO / 2020 de = 12 y lo realmente ejecutado son 12.	13	13	100%	Se dio cumplimiento
	3	Pago a terceros	Elaborar los comprobantes de egreso y girar los recursos a los acreeedores conforme lo establece el manual de procedimientos.	Tesorería	Total comprobantes de egresos elaborados	Reporte de comprobantes de egreso generado por SIHOS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Del 01 de ABRIL a 30 de JUNIO de 2020, se elaboraron en total 984 comprobantes de egreso, teniendo en cuenta los procedimientos internos de la entidad. (verificado con el sistema sihos).	984	984	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 1ER. SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	4	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Tesorería	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				

Responsable del Proceso Evaluado
FRANKLYN GIOVANNI GARZON
Tesorero General

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluación y Seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 27 de Julio de 2020

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 1

PROCESO: VENTANILLA UNICA

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
VENTANILLA ÚNICA	1	Recepción y entrega de la correspondencia	1. Recepcionar la correspondencia de entidades y usuarios con destino a la ESE Municipal 2. Garantizar el buen desarrollo de la información de una manera segura y organizada	Ventanilla Única	No.de documentos entregados a las dependencias /Total de correspondencia recibida x 100	Libro radicador del sistema del aplicativo mercurio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Diario(Sistema del Aplicativo Mercurio)	Se recepciona la correspondencia hasta las 5:00 pm. para luego escanear y distribuir a las dependencias para su trámite y la urgente se tramita al instante. De Mayo a Junio de 2020 se recibieron y entregaron 218 documentos.	218	218	100%	Se dió Cumplimiento
	2	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Ventanilla Única	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	1, 2 y 3 Se realizó el diagnóstico y se radicó en control interno, más no hubo necesidad de actualizar los procedimientos de Abril a Junio 2020 según el diagnóstico.	N/A	N/A	N/A	Se dio cumplimiento al diagnóstico

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
ANA JUDITH RODRIGUEZ CRUZ
Ventanilla Única

Revisó:
LUZ NANCY PRIETO REY
Subgerente Administrativa y Financiera

Evaluación y Seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 1

PROCESO: AUDITORIA DE PROMOCION Y PREVENCION

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
AUDIT	1	Mantener la Incidencia en (0) cero casos de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Realizar auditoría de la calidad de la historia clínica de la materna con diagnóstico de Sifilis Gestacional.	Auditoría de PyP	No. de historias clínicas de maternas auditadas con diagnóstico de sifilis / Total de casos presentados de maternas con sifilis que han sido atendidas en los centros de salud de PyP x 100	Un informe trimestral de auditoría de sifilis gestacional y radicado ante la Subgerencia científica y Planes de mejoramiento en caso de calificaciones "Deficiente" y/o "Aceptable"	X			X			X			X			Un informe de auditoría trimestral y radicar el informe dentro de los primeros 20 días calendario una vez terminado el trimestre	Se realizó auditoria a las historias clínicas con diagnóstico de sifilis gestacional reportadas por el SIVIGILA, asi: abril 2020 se presentaron 3 casos, en el mes de mayo 2020 se presentaron 5 casos y en el mes de junio 2020 se presentaron 3 casos. los cuales fueron notificados por los centros de salud: Comuneros (5), popular (3), recreo (1), kirpas (1), y Porvenir (1). Se generó informe y se radicó a subgerencia científica mediante oficio 220.26.827 con fecha 16 de julio 2020, en el cual se contiene los números de historia clínica auditadas y la puntuación de adherencia a la guía por cada Profesional auditado. Las 11 historias clínicas fueron auditadas arrojando el resultado BUENO para la evaluacion a la guia de adherencia por lo tanto no se genera plan de mejora.	11	11	100%	Se dio cumplimiento
		Evaluar la adherencia a la guía de manejo de detección de alteraciones del embarazo	Auditoría de la calidad de la historia clínica de la gestante (Según el cronograma de auditorias y resultado de la muestra teniendo en cuenta Procedimiento de Auditoría de Historias Clínicas Institucional)	Auditoría de PyP	N° de historías clínicas de gestantes auditadas / Total de la muestra de historías clínicas de gestantes a auditar x 100	Un informe de auditoría con los hallazgos y planes de mejoramiento en caso de calificaciones "Deficiente" y/o "Aceptable"		X			X		X			X		Un informe según el cronograma de auditorias y radicar dentro de los primeros 20 días calendario una vez terminado el mes auditado	Se realizó auditoria a la calidad de la historia clínica de la gestante. Se tomo la población finita de Mayo de 2020, donde se auditron 33 Historias clinicas de gestantes atendidas en los diferentes centros de salud. La calificación de las H.C. se realizó teniendo en cuenta el formato Institucional para auditoría FR-130-17-V4. Se radicó informe el dia 18-06-2020 ante la Subgerencia científica; en el cual se contiene los números de historia clínica auditadas y la puntuación de adherencia a la guía por cada Profesional auditado, donde se presento calificaciones de adherencia a la guia con puntajes Aceptables y Deficientes, por lo tanto se genero plan de mejoramiento. (13)	33	33	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ORIA DE PROMOCION Y PREVENCION	2	Evaluar la adherencia a la guía de manejo de detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo (Según cursos de vida de la Resolución 3280 del 2018)	Realizar auditoría de la calidad de la historia clínica de pacientes en el programa de crecimiento y desarrollo (Según el cronograma de auditorias y resultado de la muestra teniendo en cuenta Procedimiento de Auditoría de Historias Clínicas Institucional)	Auditoría de PyP	No. de historias clinicas de crecimiento y desarrollo auditadas / Total de la muestra de historias clínicas de crecimiento y desarrollo a Auditar según la muestra x 100	Un Infome trimestral de auditoria de historías clínicas de crecimiento y desarrollo radicado ante la Subgerencia científica y Planes de mejoramiento en caso de calificaciones "Deficiente" y/o "Aceptable". Socialización en Comité de Historias clínicas				X			X			X			Un informe de auditoría trimestral y radicar el informe dentro de los primeros 20 días calendario una vez terminado el trimestre	Se realizó auditoría a la calidad de la historia clínica de menores de 10 años inscritos al programa de crecimiento y desarrollo en los diferentes centros de salud, se auditaron durante el mes de Abril 29 historias donde el promedio de adherencia dio como resultado BUENO 84%, en el mes de Mayo se auditaron 20 historias siendo el resultado promedio de adherencia a la guía resultado BUENO 82% y en el mes de Junio se auditaron 114 historias clínicas donde el resultado promedio de adherencia es OPTIMO 91%; Se radicó informe ante Subgerencia científica mediante oficio N° 220.26-828 el 16 de Julio de 2020, el cual contiene registros de historia clínica auditadas y el resultado en la evaluacion de adherencia , de acuerdo a lo anterior se genera el respectivo plan de mejora con resultado aceptable en la evaluacion (1).	163	163	100%	Se dio cumplimiento
	3	Evaluación de aplicación de Guía de manejo del Joven (Según cursos de vida de la Resolución 3280 del 2018)	Realizar auditoria de la calidad de la historia clínica los programas de promoción y prevención de Alteraciones en el Joven (Según el cronograma de auditorias y resultado de la muestra teniendo en cuenta Procedimiento de Auditoría de Historias Clínicas Institucional)	Auditora de PyP	No. de historias clinicas del Joven auditadas / Total de la muestra de historias clínicas de jovenes a Auditar según la muestra x 100	Un informe de auditoría con los hallazgos y planes de mejoramiento en caso de calificaciones "Deficiente" y/o "Aceptable"			X						X				Un informe de auditoría y radicar el informe dentro de los primeros 20 días del mes siguiente.	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE DE 2020				
	4	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de detección de alteraciones del Adulto Mayor (Según cursos de vida de la Resolución 3280 del 2018)	Realizar auditoría de la calidad de la historia clínica los programas de promoción y prevención de Adulto Mayor (Según el cronograma de auditorias y resultado de la muestra teniendo en cuenta Procedimiento de Auditoría de Historias Clínicas Institucional)	Auditora de PyP	No. de historias clinicas del Adulto mayor auditadas / Total de la muestra de historias clínicas de adulto Mayor a Auditar según la muestra x 100	Un informe de auditoría con los hallazgos y planes de mejoramiento en caso de calificaciones "Deficiente" y/o "Aceptable"			X						X				Un informe de auditoría y radicar el informe dentro de los primeros 20 días del mes siguiente.	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE DE 2020				
	5	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de Planificación Familiar	Realizar auditoria de la calidad de la historia clínica del programa de Planificación Familiar (Según el cronograma de auditorias y resultado de la muestra teniendo en cuenta Procedimiento de Auditoría de Historias Clínicas Institucional)	Auditora de PyP	No. de historias clínicas de Planificación Familiar auditadas / Total de la muestra de historias clínicas de planificación familiar a auditar según la muestra x 100	Un informe de auditoría con los hallazgos y planes de mejoramiento cuando la calificación sea "Deficiente" y/o "Aceptable"			X						X				Un informe de auditoría y radicar el informe dentro de los primeros 20 días del mes siguiente.	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE DE 2020				

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	6	Socializar y sensibilizar al personal asistencial de PyP	Realizar socialización y sensibilización al personal asistencial de P y P, en cuanto al diligenciamiento de la historía clínica en cumplimiento de la norma técnica 412/2000 y Resoluciòn 3280/2018	Auditora de PyP	N° de socializaciones y sensibilizaciones realizadas al personal asistencial de P y P/Total de socializaciones y sensibilizaciones programadas en el año x 100	Actas de reunión, listado de asistencia, cronograma de las sensibilizaciones			X			X			X			X	A 31 de marzo,a 30 de junio a 30 de septiembre , a 31 de diciembre de 2020	Se realiza sensibilización en cuanto al diligenciamiento de la historía clínica. Res. 1995/1999, Res. 839/2017 y el cumplimiento de la norma técnica 412/2000 y Resoluciòn 3280/2018, al personal asistente a las reuniones de enfermeria mensual según acta 04 del 27-04-2020, Acta 07 del 28-05-2020 y acta 08 del 30-06-2020 y a los profesionales que reciben inducción por parte de auditoria PYP de los cuales se registra soporte de asistencia.	6	6	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 10 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
ELIA PATRICIA TRASLAVIÑA VARGAS
Lider proceso de Auditoria de PyP

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluación y seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 1

PROCESO: AUDITORIA CONCURRENTE

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 / EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020: EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
AUDITORIA CONCURRENTE	1	Evaluación de la adherencia a las guías de manejo de los servicios asistenciales de Centros y Puestos de salud de 24 horas.	1. Auditoría de las historias clínicas diligenciadas por el personal médico del servicio de hospitalización (Según el resultado de la muestra 30% del total de hospitalizados) >30	Subgerencia Científica - Auditoría Concurrente	No. de historias clinicas de hospitalización auditadas / Total de la muestra de historias clínicas del servicio de hospitalización a Auditar según la muestra x 100	1. Auditorías (formatos aprobados por calidad) mensuales. 2.Radicar informe mensual con análisis ante la Subgerencia científica. 3. Presentar y socializar mensualmente ante el Comité de Historias clínicas - evidencia Acta de cada comité)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 20 de cada mes (información del mes vencido) socializarlo ante el Comité de Historias Clínicas	1. Se realiza las auditorias en los formatos de calidad FR-130-42-V1 2.Se radica informes mensuales a la subgerencia cientifica. Se anexan informes mes de abril- mayo y junio (entregados el 8 de mayo - 24 de junio- y 8 de julio respectivamente) donde se reporta auditoria a las historias clínicas para la medición del indicador, de abril a junio del 2020 con la siguiente información : 576 hospitalizaciones en el 2do. trimestre, en los centros de 24 horas se revisaron en general 222 historias clínicas del servicio de hospitalización. (muestra del mas del 30%) 3. Se presenta y se socializa mensualmente en el **comité de historias clinicas** Acta de N° 04 del 28 de abril 2020 , acta Nª 06 30 de junio del 2020 . El acta del mes de mayo no se presento el informe ya no no habia contrato de auditoria concurrente, pero se socilizaron en el mes de junio.	173	173	100%	Se dio cumplimiento
			2.Realizar auditoria concurrente en los centros de salud de 24 horas Recreo-Esperanza- Porfia - Pompeya de los procesos prioritarios Triage, Entrega de turno de medicos - carro de paro una vez por mes.	Subgerencia Científica - Auditoría Concurrente	No. auditorias realizadas a los centros de salud de 24 horas / Total de Auditorias programadas (Una en cada centro de salud por mes) X 100	1.Radicar informe mensual con análisis ante la Subgerencia científica. 2. Presentar y socializar mensualmente ante el Comité de Urgencias 3. Acta del comité de urgencias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 20 de cada mes (información del mes vencido) socializarlo ante el Comité de Urgencias	1. Se realiza y radica informe de auditoria de centros de salud de 24 horas el 24 de abril , 14 de mayo y 30 de junio. (extemporaneo , nohabia contrato delsd e le 15 de mayo al 11 de junio) 2 y 3. . Se presenta y socializa en comité de urgencias comité de urgencias Acta N° 04 de urgencias del 28 de abril de 2020. Acta N°05 del 15 mayo del 2020 y Acta N° 06 del 30 de junio del 2020 .	3	3	100%	Se dio cumplimiento
			3.Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscrito de acuerdo con el resultado producto de las Auditoría realizadas por auditoria concurrente	Subgerencia Científica - Auditoría Concurrente	No. de acciones ejecutadas según los compromisos del Plan de Mejoramiento / Total de acciones programadas en el Plan de Mejoramiento X 100	Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento (trimestralmente) a Subgerencia científica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 20 de cada mes (información del mes vencido)	Se realiza seguimiento a la suscripcion de planes de mejoramiento . Los cuales fuero suscritos en abril 3 de los cuales se cumplieron dos ; en mayo 5 de los cuales se cumplieron 3. En junio 5 y se cumplieron 5. Se realizo todos los informes . Total para el II trimestre de 2020 en planes de mejoramiento de un total de 13 acciones ejecutadas y fueron ejecutadas de 13 acciones programadas . Cumplidas solo 10.	13	13	100%	Se dio cumplimiento
			4.Realizar evaluación mensual de dos guías de mayor prevalencia en la institución en >= 70% al personal médico y de enfermeria por medio de la plataforma THATQUIZ La muestra es el 70% (medicos y enfermeras)	Auditoria Concurrente	No. de examenes aplicados al personal médico y de enfermería >= de 70% / Total de personal médico y de enfermería (según la muestra) X 100	Informe de evaluación de guias mensualmente a Subgerencia científica con sus respectivas recomendaciones.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe mensual, radicado el mes siguiente .	Se realiza evaluación de guias en el mes de abril ruta materno perinatal aprobada en un 82 % - IRA-COVID - 19 aprobada con 87%. En el mes de mayo se realiza de evaluación de adherencia guia de trauma craneoencefalico con un 91% de aprobacion y evaluación de manipulación de cadaveres con una aprobación del 89%. En el mes de junio se presenta la evaluación agresión por animal potencialmente trasmisor de Rabia con aprobacion del 85% y guia materno con aprobacion del 93%. Para un total en el promedio de aprobación del 87%. Número de calificaciones por encima o igual a 70 en el II trimestre fueron 347 examenes y un total de personal que presento el examen fueron 391.	347	391	89% (es el 100% de la muestra)	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 24 de Julio de 2020

Evaluado: Responsable del Proceso
CLAUDIA HELENA CRUZ BOHORQUEZ
Médico Auditor Concurrente

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Seguimiento y Evaluación por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: SUBDIRECCION CIENTIFICA – Consulta Externa.
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 – EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020: EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Medir los diferentes indicadores y realizar análisis del servicio de consulta externa	1.Recolección de información	Consulta externa	No. Informes tabulados y analizados de los indicadores de consulta externa / Total de Informes programados tabulados y analizados de los indicadores de consulta externa X 100	Un Informe mensual con el ánalisis radicado ante la subdirección cientrífica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se evidencia que la información es revisada a través del software SIHOS y se emite Informe Rendimiento hora médico, el estado de citas para conocer la inasistencia en medicina general y las remisiones que se generan del servicio de consulta externa de ABRIL (radicado el 05 mayo), MAYO (radicado el 05 junio), Y JUNIO de 2020 (radicado el 07 junio de 2020).	3	3	100%	Se dio cumplimiento
			2. Tabulación de datos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	La información es tabulada para la presentación del respectivo informe correspondiente al 2er. Trimestre de 2020.				
			3. Radicación de informes				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Radicar el informe los veinte (20) de cada mes una vez vencido el mes	Se radican los Informes mensuales ante subgerencia científica con el respectivo análisis así: informe de ABRIL 2020: radicado en 5 MAYO de 2020, informe de MAYO 2020: radicado el 5 JUNIO de 2020 e informe de JUNIO 2020: radicado el 6 JULIO de 2020.				
			4. Formulación de planes de mejoramiento y seguimiento a profesionales en medicina general con baja productividad.			Un Plan de mejoramiento cada trimestre (si aplica) e informe de seguimiento			X		X			X			X	Trimestral	No se presentaron planes de mejoramiento en el mes de ABRIL, MAYO Y JUNIO del 2020.				

VIGENCIA: 2020

CONSULTA EXTERNA	2	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Regente de Farmacia	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X	X											1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos ,y/o Manuales del área	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVALUADO EN EL 1ER. TRIMESTRE DE 2020

Responsable del Proceso Evaluado
SANDRA RICO
Líder proceso Consulta Externa

Revisó Jefe Inmediato
DIANA MAYERLY SANDOVAL
Subgerente Científica

Seguimiento y Evaluación
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 9%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 28 de julio de 2020

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 1

PROCESO: EPIDEMIOLOGIA
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
EPIDEMIOLOGIA	1	Dar continuidad con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Institucional a través de la notificación de todas las semanas epidemiológicas del 2020	1. Revisar el correo institucional. 2. Descargar los archivos planos notificados por todas las IPS. 3. Revisar la información notificada por cada IPS. 4.Retroalimentar la información a las IPS en caso de encontrar hallazgos. 5. Consolidar la notificación de las IPS 6. Enviar la notificación a la Secretaría Local de Salud por correo electrónico.	Epidemiología	No. de semanas con notificación de los eventos de interés en salud pública / Total de semanas epidemiológicas del 2020 X 100	Correos electrónicos enviados con la notificación de los eventos de interes en salud pública semanalmente a la Secretaria Local de Salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Semanal (los lunes de cada semana, y en el evento que el lunes sea festivo se envia el día viernes anterior al festivo)	1. Diariamante se realiza revision del correo institucional. 2. El área de Epidemiología recepciona los archivos planos de notificación semanal durante el segundo trimestre de 2020 de cada IPS activa en SIVIGILA. 4. Se realiza retroalimentación al lider de cada IPS cuando se encuentran hallazgos en el proceso de notificación. 5. El área de Epidemiología consolida los archivos planos enviados por cada centro de Salud de manera semanal. 6. Una vez consolidada la notificación semanal de todas las IPS se envía a la Secretaría Local de Salud, los archivos planos de la ESE Municipal (Se adjuntan los envíos de la Notificacion de la semana 14 a la 26).	13	13	100%	Se dio cumplimiento
	2	Analizar y socializar continuamente la información de los eventos de interés en salud pública generados por la ESE Municipal ante los Jefes de los Centros de Salud y Subgerencia Científica.	Realizar el COVE Institucional donde se socialice la información generada por el sivigila y/o se realicen los análisis de caso que se ameriten.	Epidemiología	Número de COVES realizados en la vigencia 2020 / Total de COVES programados para la vigencia 2020 X 100	1. Cronograma 2020 2. Acta de cada COVE 3. Lista de asistencia 4. Memorias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual según el cronograma.	Se llevaron a cabo los Comité de COVE Institucionales: Acta 05-2020 correspondiente al mes de Abril de 2020 Acta 06-2020 correspondiente al mes de Mayo de 2020 Acta 07-2020 correspondiente al mes de Junio de 2020 Se anexa Actas, listas de asistencia y memorias.	3	3	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 24 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
YURI KATHERINE ATUESTA RODRIGUEZ
EPIDEMIOLOGIA

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluación y seguimiento por:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Pagina 1 de 1

PROCESO: INFORMACION EN SALUD - ESTADISTICA

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 / EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020: EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ESTADISTICA	1	Dar cumplimiento en la presentación informes ante la Secretaria Local de Salud, Secretaria Departamental de Salud, Ministrerio de la Protección Social, Superintendencia de Salud y ESP-s	1. Consolidar, verificar, completar y validar informacion estadistica de los Centros y Puestos de Salud. 2. Presentar informes en físico y/o medio electrónico ante la Secretaria Local de Salud, Secretaria Departamental de Salud, Ministrerio de la Protección Social, Superintendencia de Salud y ESP-s según la periodicidad de entrega (Mensual (EPS-s), Trimestral (Ministrerio de la Protección Social), Semestral (Ministrerio de la Protección Social y Superintendencia de Salud) y Anual (Ministrerio de la Protección Social)).	Auxiliar Area Salud	No. de informes estadísticos presentados a Entes Externos / Total informes estadísticos a presentar a Entes Externos al año X 100	1. Informes Estadísticas Vitales (SLS - mensual). 2. Indicadores de Calidad (EPS-s mensual), 3. Informe de Producción (Ministerio Salud - Trimestral, Semestral y Anual), 4. Informe de Lesiones por tipo de Dictamen (Medicina Legal -Mensual) 5. Informe Diez primeras causas de Morbilidad (Subgerencia científica, Gerencia, SLS, Secretaria Departamental de Salud - Semestral y Anual).	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según las fechas de las entidades	1. Se consolidó, verificó y validó la información estadística de los centros y puestos de salud 2. Se presentaron informes através de medio físico y electrónico ante la Secretaria Local de Salud, Secretaria Departamental de Salud, Ministerio de la Protección Social, y EPS-según la periocidad(mensual EPS-s Trimestral (Ministerio de la Protección Social), se adjunta informes estadisticos vitales(SLS-Mensual de Abril a Junio de 2020; 3. Informe Tipo de Dictamen de Embriaguez(Medicina Legal /Abril a Junio de 2020).	58	58	100%	Se dio cumplimiento
	2	Seguimiento y verificación de la información registrada en los libros de Partos y Defunciones en los centros de salud.	1. Revisión y verificación de la información registrada en los libros de Partos y Defunciones en los centros Esperanza, Recreo, Porfia y Pompeya Alto 2. Verificar el proceso de diligenciamiento, ingreso y validadación de la informacion de Certificados de Nacimiento y Defuncion Plataforma RUAF compararlo con el libro de Partos.	Auxiliar Area Salud	No. De revisión realizadas al libro de Partos y Defunciones en los centros Esperanza, Recreo, Porfia y Pompeya Alto / Total Centros de salud de 24 horas X 100	Un informe semestral radicado ante la Subgerencia Cientifica y Gerencia.						X					X	A 30 de Junio y A 30 de Diciembre 2020	1. Se revisó y verificó la información registrada en los libros de Partos y Defunciones en los centros Esperanza, Recreo, Porfia y Pompeya Alto 2. Se verificó el proceso de diligenciamiento, ingreso y validadación de la informacion de Certificados de Nacimiento y Defunción Plataforma RUAF compararlo con el libro de Partos. 3. Se radicó informe ante la subgerencia científica el 09 de Julio de 2020 correspondiente al 1er. Semestre de 2020 partos y defuncions registrados 151: Defunciones 87 y nacimientos 64.	1	1	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Villavicencio, 16 Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
NOHEMI CHALA PERALTA
Auxiliar Area de la Salud

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: HOSPITALIZACION
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLA OPERATIVO 2do. CUATRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2do. SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
HOSPITALIZACION	1	Controlar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos relacionado con la administración de medicamentos mediante la aplicación de técnicas seguras en terapia farmacológica en hospitalización.	1. Realizar seguimiento a la prevención de los eventos adversos relacionado con administración de medicamentos a través del componente de seguridad en la utilización de medicamentos del formato rondas de seguridad.	Enfermeros Líderes de proceso centros de salud 24 horas	No. de eventos adversos analizados y gestionados relacionados con administración de medicamentos en hosítalización / Total de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos, reportados por el servicio de hospitalización X 100.	Análisis del seguimeinto y cosolidado del componente de seguridad en la utilización de medicamentos del formato rondas de seguridad radicado a la oficina de calidad cada do (2) meses.		X		X		X		X		X		X	Bimensual	1. Se realizar seguimiento a la prevención de los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos a través del componente de seguridad en la utilización de medicamentos del formato de rondas de seguridad en el servicio de hospitalización en los 3 centros de 24 horas: Recreo, Esperanza y Porfía, se adjunta correo de radicado a la oficina de calidad y análisis del componente de seguridad en la utilización de medicamentos del formato de rondas de seguridad	0	0	0%	Se dio cumplimiento .
	2	Controlar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos (flebitis y caídas) en hospitalización	1. Socializar el protocolo para la prevención de flebitis, y caídas con el personal de enfermería.	Enfermeros Lideres de proceso centros de salud 24 horas	No. de eventos adversos (flebitis y caídas) analizados y gestionados en hosítalización / Total de eventos adversos (flebitis y caídas), reportados por el servicio de hospitalización X 100	1. Convocatoria, acta, lista de asistencia y memorias			X						X				A 31 de marzo de 2020 y a 30 de septiembre de 2020	PARA EVALUAR EN EL 3ER TRIMESTRE DE 2020			
			2. Medir adherencia a los protocolos los de institucionales de flebitis, y caídas.			2. Informe de Resultados del taller aplicado al 80% del personal de enfermería del servicio de hospitalización radicar a la oficina de calidad			X						X					PARA EVALUAR EN EL 3ER TRIMESTRE DE 2020			

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2do. SEGUIMIENTO A 30 DE JUNIO 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	3	Controlar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atencion del binomio madre-hijo durante la atención del parto	Realizar seguimiento a la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la atencion del binomio madre-hijo durante la atención del parto	Enfermeros Lideres de proceso centros de salud 24 horas	No. de eventos adversos relacionados con la atención del binomio madre-hijo durante la atención del parto / Total de eventos adversos (relacionados con la atención del binomio madre-hijo durante la atención del parto reportados X 100	Formato de reporte del evento adverso, análisis del evento, correo electrónico de no prentación del evento.			X						X				A 31 de marzo de 2020 y a 30 de septiembre de 2020	PARA EVALUAR EN EL 3ER CUATRIMESTRE DE 2020				
	4	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Oficina de Control Interno (de Gestión)	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos, guias, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1ER TRIMESTRE DE 2020				

Responsable del Proceso
FREDY ALEXANDER RODRIGUEZ DIAZ
Líder proceso Hospitalización

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL
Subgerente Científica

Seguimiento y Evaluación
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 75%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: LABORATORIO CLINICO
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 / EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020: EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
LABORATORIO CLINICO	1	Reportar semanalmente a PyP el 100% de las maternas identificadas con gravindex positivo	1. Generación de base de datos de las usuarias que solicitan pruebas de embarazo (nombres, número de identificación, aseguradora, dirección y teléfono). 2. Clasificación de los resultados con pruebas positvas y negativas. 3. Reportar semanalmente a traves de correo electronico los resultados positivos, al area de P y P para que las vinculen al programa de control prenatal. (copia a subgerencia científica)	Líder del proceso de laboratorio clínico	No. de maternas con gravindex positivo reportadas a P y P / Total de maternas con gravindex positivo X 100	Correos electrónicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Las actividades 1 y 3. Para ABRIL , MAYO y JUNIO de 2020: Se realiza el envio de la información semanalmente a la Coordinación de Promoción y prevención a través de correo electrónico donde se reportan las pruebas de embarazo positivas (nombres, número de identificación, aseguradora, dirección y teléfono) para que las vinculen al programa de control prenatal. (copia a subdirección científica). 2. El laboratorio clínico clasifica los resultados con pruebas positivas y negativas. Siendo las positivas para los meses de: ABRIL (106), MAYO (99) y JUNIO (105)	310	310	100%	Se dio cumpliiento
	2	Reportar semanalmente a PyP el 100% de las serologias reactivas de las maternas.	1. Generación de base de datos de gestantes(nombres, número de identificación, aseguradora, dirección y teléfono). 2.Clasificacion de los resultados con seroligia reactiva y no reactiva. 3. Reportar semanalmente a traves de correo electronico los resultados de las serologias reactivas, al area de P y P para control y seguimiento. (copia a subgerencia científica)		Número de gestantes con serologia reactiva reportadas a P y P / Total de gestantes con serología reactiva X 100	Correos electrónicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Las actividades 1 y 3. Para ABRIL , MAYO y JUNIO de 2020: Se realiza el envio de la información semanalmente a la Coordinación de Promoción y prevención a través de correo electrónico donde se reportan las pruebas de serología reactivas tomadas a las embarazadas (nombres, número de identificación, aseguradora, dirección y teléfono) para realizarles los controles y seguimientos. (copia a subdirección científica). 2. El laboratorio clínico clasifica los resultados con pruebas de serologia Reactivas y No reactivas, donde corresponde a pruebas reactivas para los meses de: ABRIL (21) MAYO (35) y JUNIO (32),	88	88	100%	Se dio cumpliiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	3	Actualizar los documentos (Caracterización,procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del área	1. Actualizar y/o diseñar caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área 2. Socializar los procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área	Líder del proceso de laboratorio clínico	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área actualizados y/o diseñados 2. Listado de asistencia de socializaciones			X		X								1. A 31 de Marzo de 2020 2. A 30 de Junio de 2020	2. Se realiza actualizacion Y socializacion del MAN-280-1 7 y PR-280-01. Se realiza el PR-280-11 y el INS 280-12 con la socializacion al personal de laboratorio clinico. Se realiza la actualizacion de los instructivos INS280-04, INS280-06 INS280-03 como procedimiento de trabajo en casa por parte de bacteriologia,	7	7		

Responsable del Proceso Evaluado
LUISA FERNANDA CLAVIJO BOHORQUEZ
Líder proceso de Laboratorio Clínico

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1 1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: ODONTOLOGIA

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Medir los diferentes indicadores y realizar análisis del servicio de odontología.	1. Recepcionar la información.	Odontologia	No. Informes presentados al Comité de Historias Clinicas / Total de informes programados en el año X 100	Un Informe mensual presentado a la Subgerencia Científica(medio magnético)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Radicar el informe al quince (15) de cada mes vencido.	Se recepciona de la información Estadística los 3 primeros días de cada mes de todos los profesionales de odontología de los diferentes centros de salud. (enviado al correo electrónico).	3	3	100%	Se dio cumplimiento
			2. Tabular los datos.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		La coordinación de odontología procede a tabular la información recibida por odontólogos				
			3. Emitir el informes mensuales con su respectivo analisis . 12 informes (1 informe mensual)				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Se tabulan los datos en un sólo formato Consolidado Estadística Odontología consolidando la información de todos los centros y puestos de salud de los servicios de odontología prestados en los centros de salud: Porfía, Morichal, Popular, Barzal. Kirpas, Comuneros, doce de octubre, Pompeya, bajo Pompeya, Reliquia, Porvenir, Unidad móvil, con el respectivo análisis y reporte de indicadores mes a mes. Presentado ante el comité de hc mediante Acta 04 de 28 abril de 2020, Acta 05 de 03 junio de 2020, Acta 06 de 30 de junio de 2020.				
			4. Formulación y seguimiento de planes de mejoramiento para los profesionales que su indicador de productividad este por debajo de 3 pacientes por hora.		No. actividades ejecutadas las cuales están registradas en los Planes de mejoramiento suscritos / Total de actividades programadas en los Planes de Mejoramiento suscritos 100	Plan de mejoramiento y seguimiento del trimestre			X			X			X			X	Planes de Mejoramiento: A 31 marzo, 30 de junio, 30 septiembre y 30 dici 2020; seguimiento a los planes de mejoramiento: A 30 de junio, A 30 septiembre, a 30 diciembre 2020.	Se elabora el informe mensual con su respectivo análisis de los diferentes indicadores como son: productividad, oportunidad en la consulta de primera vez, oportunidad en la cita para tratamiento, accesibilidad, pacientes atendidos, pacientes reemplazados, tratamientos terminados. Se entregaron 3 informes. En el mes de Abril con radicado 07 de mayo de 2020 a la oficina de Gerencia y subgerencia científica, Informe de Mayo con radicado el día 15 de junio de 2020 de la oficina de Gerencia y subgerencia científica, informe de junio con radicado de 10 de julio de 2020 a la oficina de Gerencia y Subgerencia Científica.	SE EVIDENCIA ACTA DE ABRIL DE 2020 (No. 004 - 2020) COVID19			

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ODONTOLOGIA	2	Realizar auditoria de historias clinicas y evaluar la adherencia a guías de manejo y procediminetos en odontología.	1. Auditoría de la calidad de la historia clínica de odontología (Según el resultado de la muestra).	Odontologia	No. de historias clinicas de odontología auditadas / Total de la muestra de historias clínicas de odontologia a Auditar según la muestra x 100	Un Informe mensual radicado a la oficina de calidad y subgerencia científica y socializar en comité de historias clínicas de manera trimestral (Acta)		X	X	X	X	X	X	X	X	X			Radicar los 15 primeros días del mes vencido y se presenta ante comité de H.C. (Trimestral)	Se realiza auditoría de historias clínicas en el 2do trimestre 2020 a los centros de salud: ABRIL: BARZAL con una muestra de 4 H.C; MORICHAL según cronograma aprobado por la subgerencia científica, No se realizaron consultas según resolución 536 de 2020 por la cual se adapta plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia SARS-CoV-2 COVID -19). Para un total de 4 h.c., Informe radicado vía correo electrónico el 8 de mayo de 2020 a la subgerencia científica. Según cronograma aprobado por la subgerencia científica corresponde esperanza y doce de octubre el cual no se auditaron por no estar prestando servicios debido a obras en la esperanza y doce de octubre por pandemia no se está prestando el servicio de odontología, informe radicado vía correo electrónico el de 15 de junio de 2020 a la subgerencia científica. JUNIO: porfía con una muestra de 15 historias clínicas, comuneros con 15 historias clínicas, para un total de 30 historias clínicas radicado vía correo electrónico el 13 de julio de 2020 a la subgerencia científica Total de historias clínicas auditadas en el trimestre 34. Se socializa en el Comité de Historias clínicas mediante Acta No.004 2020 del 28 de abril 2020, Acta N° 005 2020 del 03 de junio 2020, Acta N° 006 2020 del 30 de junio 2020.	34	34	100%	Se dio cumplimiento
			2. Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscrito frente a resultados obtenidos en las auditorias cuando su calificacion este ´por debajo del 90% de cumplimiento de las acciones tomadas frente al incumplimiento de guias de manejo y/o procedimientos.		No. actividades ejecutadas las cuales están registradas en los Planes de mejoramiento suscritos / Total de actividades programadas en los Planes de Mejoramiento suscritos 100	Plan de mejoramiento y seguimiento del trimestre.			X		X			X			X		Planes de Mejoramiento: A 31 marzo, 30 de junio, 30 septiembre y 30 dici 2020; seguimiento a los planes de mejoramiento: A 30 de junio, A 30 septiembre, a 30 diciembre 2020.	Se elabora el informe mensual con su respectivo análisis de los diferentes indicadores como son: productividad en los procedimientos, oportunidad en la consulta de la atención de urgencias odontológicas, tele orientaciones y tele consulta. Se entregaron 3 informes. En el mes de Abril con radicado 08 de Mayo de 2020 a la oficina de y subgerencia científica, Informe de Mayo con radicado el día 15 de junio de 2020 de la oficina de la subgerencia científica, informe de junio con radicado de 13 de julio de 2020 a la oficina de la Subgerencia Científica	SE EVIDENCIA ACTA DE ABRIL DE 2020 (No. 004 - 2020) COVID19			

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ODONTOLOGIA	3	Actualizar los documentos (Caracterización,procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del área	1. Actualizar y/o diseñar caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área 2. Socializar los procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área	Lider proceso odontología	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área actualizados y/o diseñados 2. Listado de asistencia de socializaciones			X		X								1. A 31 de Marzo de 2020 2. A 30 de Junio de 2020	Se actualizaron los siguientes documentos Procedimiento en trabajo en casa realizados por los odontologos GUI240-01-V3 GUI-240-05-V3 GUI-240-10-V3 GUI240-08-V3 GUI240-13V1 GUI240-02-V3 INST 240-02-V2 PR 240-12-V2 PR240-03-V2 CP240-V3	10	10	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 67%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 23 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
LEYDI VIVIANA BECERRA MORA
Líder proceso de Odontología

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: PROMOCION Y PREVENCION

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)													PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
ENCION	1	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Recepcionar semanalmente los reportes de pruebas de embarazo positivas enviados por el laboratorio clínico de la ESE Municipal (listado de gestantes) y programar cita de ingreso a CPN.	Coordinación Promoción y Prevención	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas X 100	Acta del comité de historias clinicas que contenga socialización del Informe Mensual del indicador.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Para el 2do.Trimestre de 2020 Se recepcionaron semanalmente los reportes de usuarias con gravindex positivo tomadas en el laboratorio de la ESE Municipal de Villavicencio para total de 13 semanas haciendo el respectivo seguimiento y asignado cita para ingreso a CPN, socializando el informe de captación de gestantes al CPN antes de la semana 12 de gestación, mensualmente ante el comité de historias clinicas según: Acta No.05 del 03-06-2020 (informe de Abril y Mayo de 2020) Acta No.06 del 30-06-2020 (informe de Junio de 2020) Informe.2do.trimestre año 2020 radicado (02 de julio de 2020).	220	243	**90.5%** (Se dio cumplimiento en un 100%) la meta del indicador >=85%	Se dio cumplimiento
			Reportar semanalmente y enviar el consolidado mensualmente a las EPS contratadas la relación de las gestantes que no fue posible ubicar para apoyo en busqueda y canalizacion al programa de CPN.	Coordinación Promoción y Prevención																Se reportaron semanal y en consolidado mensual las gestantes que no se logran contactar para apoyo en la búsqueda a las EPS-S contratadas; presentando el informe de captación de gestantes al CPN antes de la semana 12 de gestación, mensualmente ante el comité de historias clínicas según: Acta No.05 del 03-06-2020 (informe de Abril y Mayo de 2020) Acta No.06 del 30-06-2020 (informe de Junio de 2020) Informe.2do.trimestre año 2020 radicado (02 de julio de 2020).				
			Promocionar en medios masivos de comunicación de la ciudad la importancia del inicio a los controles prenatales antes de la semana 12 de la gestación.	Coordinación Promoción y Prevención				X		X		X		X		X		X	Bimensual	durante el mes de junio 2020, Se publico en fanpage de Facebook pauta de promocion para ingreso oportuno al programa de control prenatal y se lanzo la linea amiga de atencion a la gestante; el dia 8 de junio 2020 en la emision de la mañana de la emisora de la alcaldia municipal se informo al publico oyente la importancia del inicio temprano y preferiblemente antes de la semana 10 de gestacion al CPN.				

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
PROMOCION Y PREV	2	Disminuir la Incidencia de sífilis congénita en en la ESE	Captación y busqueda activa de usuarias en estado de gestación con serologia positiva, garantizando la administración del tratamiento en pareja de acuerdo al protocolo de atención establecido en la ESE Municipal.	Coordinación Promoción y Prevención	Número de recien nacidos con diagnóstico de sifilis congenita/ Total de gestantes atendidas en el trimestre X 100	Acta del comité de historias clinicas que contenga socializacion del Informe trimestral del indicador.			X			X			X			X	Trimestral	Se realizó captación y búsqueda activa de las usuarias reportadas semanalmente con serología reactiva por el laboratorio clínico de la ESE Municipal de Villavicenio garantizando la administración del tratamiento de acuerdo al protocolo establecido en la ESE; informe captación y seguimiento de gestantes con serología reactiva 2do.trimestre año 2020 presentado y socializado ante la subgerencia científica y comité de historias clínicas según Acta No.06 del 30-06-2020 (informe de Junio de 2020); informe.2do.trimestre año 2020 radicado (02 de Julio de 2020).	3	1387	**0.21%**	brecha negativa para el resultado del indicador.
			Realizar seguimiento institucional a las Gestantes Positivas con diagnóstico de sifilis Gestacional (Reportadas por el Laboratorio Clínico) presentando el respectivo informe a la Subgerencia científica y al Comité de Historias Clínicas trimestralmente.																	Se realizó seguimiento a las usuarias mediante llamada telefónica citando a consulta médica para los respectivos controles serológicos; dicha información se envia a las EPS mensualmente notificando situación de la usuaria. Informe captación y seguimiento de gestantes con serología reactiva 2do.trimestre año 2020 presentado y socializado ante la subdirección científica y comité de historias clínicas según Acta No.06 del 30-06-2020 (informe de Junio de 2020); informe.2do.trimestre año 2020 radicado (02 de Julio de 2020).				
	3	Actualizar los documentos (Caracterización,procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del área de P y P.	1. Actualizar y/o diseñar caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área de P y P 2. Socializar los procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área de P y P .	Coordinación Promoción y Prevención	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales del área de P y P actualizados y/o diseñados 2. Listado de asistencia de socializaciones			X			X							1. A 31 de Marzo de 2020 2. A 30 de Junio de 2020	Se actualizaron 4 documentos documentos con corte al 30 de junio de 2020 según lo programado: INS-220-01-V2, MAN-220-05-V2, PR-220-47-V3, PT-220-48-V2. para el 2do trimestre de 2020 se socializaron 11 documentos como se establecio en cronograma: INS-220-01-V2,INS-220-04-V2 ,MAN-220-05-V2 ,MAN-220-06-V3 , PT-220-49-V1, PR-220-06-V5 , PR-220-08-V6 , PT-220-27-V3 , PR-220-41-V3 , PR-220-47-V3 , PT-220-48-V2 ,	4	4	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 10 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
ELIA PATRICIA TRASLAVIÑA VARGAS
Líder proceso de PyP

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD S.A.S
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD	1	Apoyo en la realización en la celebracion del día mundial de la salud sexual.	Realizar actividades educativas grupales con adolescentes y jovenes en los colegios de villavicencio durante el mes de septiembre, en cuatro 04 colegios del municipio de Villavicencio y en el centro de salud Popular. Total 5 actividades en el mes de septiembre 2020	EQUIPO SAS-UNIDAD MOVIL	N° Actividades grupales realizadas/ Total actividades programadas X 100	1) Planilla de asistencia 2) Evidencias fotográficas 3) Informe ante la subgerencia científica									X				Radicar el informe a la subgerencia científica a 15 de Octubre de 2020	A EVALUAR EN EL 3er. TRIMESTRE 2020				
	2	Socializar a la población juvenil temas de salud sexual y reproductiva.	Realizar actividades de socialización de temas de salud sexual y reporductiva con adolescentes y jovenes en los Centros de Salud donde se lleva a cabo la consulta diferenciada Una por trimestre en cada centro. (Morichal, Porfia y Popular).	EQUIPO SAS-	N° Actividades grupales realizadas en el trimestre/ Total actividades programadas para el trimestre X 100	1) Planilla de asistencia 2) Evidencias fotográficas 3) Informe ante la subgerencia científica			X		X			X					Radicar el informe a la subgerencia científica los 15 primeros días mes vencido	En el II Trimestre del 2020 se realizaron 2 actividades en los centros de salud, de acuerdo a los lineamientos y compromisos del Acta 04 del 2020 del día 06 de Abril de 2020, donde se socializó el plan de contigencia en la prestación de servicios de salud por la emergencia sanitaria por COVID-19 establecido por la Empresa Social del Estado del municipio de Villavicencio; por lo tanto se llevó a acabo actividades educativas de sensiblización con los adolescentes y jóvenes que se encontraban en sala de espera y de manera personalizada en el consultorio. **Popular:** Junio-2020 **Porfia**: 26-Junio-2020 **Morichal:** A partir del 01 de Mayo del 2020 se suspendieron los servicios ambulatorios. Se radica a la subgerencia cientifica informe del II trimestre del 2020 el día 15 de Julio de 2020 y registros fotográficos.	2	2	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020			
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
SAS	3	Socializar a la población victima de abuso y ataque con químicos	Realizar actividades de socialización de temas en abuso sexual y ataques quimicos, con adolescentes y jovenes en los Centros de Salud donde se lleva a cabo la consulta diferenciada Una por trimestre en cada centro. (Morichal, Porfia y Popular).	EQUIPO SAS-	N° Actividades grupales realizadas/ Total actividades programadas X 100	1) Planilla de asistencia 2) Evidencias fotográficas 3) Informe ante la subgerencia científica					X				X				Radicar el informe a la subgerencia científica los 15 primeros días mes vencido	En el II Trimestre del 2020 se realizaron 2 actividades en los centros de salud, de acuerdo a los lineamientos y compromisos del Acta 04 del 2020 del día 06 de Abril de 2020, donde se socializó el plan de contigencia en la prestación de servicios de salud por la emergencia sanitaria por COVID-19 establecido por la Empresa Social del Estado del municipio de Villavicencio; por lo tanto se llevó a acabo actividades educativas de sensiblización con los adolescentes y jóvenes, mediante seguimiento telefónico y presencial (personalizado). **Popular:** Mayo-2020 **Porfia:** Mayo-2020 **Morichal:** A partir del 01 de Mayo del 2020 se suspendieron los servicios ambulatorios. Se radica a la subgerencia cientifica informe del II trimestre del 2020 el dia 15 de Julio de 2020 y registros fotográficos.	2	2	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 10 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
JENNY SURLEY TIMOTE VERA
Líder proceso de SAS

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL
Subgerente Científica

Evaluación y Seguimiento
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 1

PROCESO: TRANSPORTE ASISTENCIAL

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
TRASLADO ASISTENCIAL	1	Controlar y prevenir la ocurrencia de caidas mediante la aplicación de prácticas seguras en movilización y traslado de pacientes . Con la participación de todo el equipo involucrado en la atención del paciente	1. Socializar y realizar medicion de adherencia con los conductores, y Auxiliares de enfermería de ambulancia sobre: el protocolo de caidas y movilizacion de pacientes y estrategias en seguridad paciente	lider de procesos de urgencias Recreo	No. total de eventos adversos detectados y gestionados(caidas) / Total de traslados realizados en el perido X 100	Convocatoria, listas de asistencia y presentación, evidencia fotográfica y acta de socialización del protocolo de caidas que evidencie 90% del total de conductores y auxiliares de enfermeria de ambulancia en seguridad paciente					X						X	semestral	Se socializó con los conductores de ambulancia en protocolo de prevención de caidas y movilización de pacientes y estrategias en seguridad en seguridad paciente el 26 de junio de 2020, se evidencia convocatoria, registros fotográficos, acta de reunión	0	714	0%	Se dio cumplimiento
			2.. Realizar seguimiento mensual mediante aplicación de listas de chequeo en rondas de seguridad con el coordinador de ambulancias			Informe mensual a la Subgerencia Científica y comité de seguridad del paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se realizaron los seguimientos mensuales con su respectiva presentación de los informes y folleto, en los meses de abril, mayo y junio de 2020.				Se dio cumplimiento
			3.Convocar al personal de ambulancias a la reunion mensual comité de seguridad paciente para analizar los eventos reportados e implementar las acciones de mejoramiento pertinentes			Participación activa del equipo de trabajo. Lista de asistencia, registros fotográficos y folleto educativo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Se socializó con los conductores de ambulancia y auxiliares de enfermeria de ambulancias en protocolo de prevención de caidas y movilización de pacientes y estrategias en seguridad en seguridad paciente el 26 de junio de 2020, se evidencia convocatoria, registros fotográficos, acta de reunión				Se dio cumplimiento

Villavicencio, 11 de mayo de 2020

Responsable del Proceso Evaluado
ESPERANZA RAMIREZ CANGREJO
Líder proceso de Urgencias Recreo

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL
Subgerente Científica

Seguimiento y Evaluador
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 24 de Julio de 2020

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia
		28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado
		Página 1 de 2

PROCESO: **URGENCIAS**
VIGENCIA: **2020**

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
	1	Controlar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos durante la atención de urgencias	1. Socializar y medir la adherencia al Protocolo para administración de medicamentos a Profesionales y Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias	Líderes de proceso de los Centros de salud de 24 horas	No. de profesionales y auxiliares de enfermería del servicio de urgencias que asisten a la socialización del Protocolo para administración de medicamentos /Total de profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de urgencias X 100	Convocatoria, memorias, acta, registros fotográficos, listado de asistencia con cobertura mayor al 80% y consolidado de adherencia (Los primeros 10 días una vez terminado el periodo).			X						X				A 31 de marzo y A 30 de septiembre de 2020	A EVALUAR EN EL 3ER TRIMESTRE DE 2020				
			2. Realizar seguimiento a la ocurrencia de sucesos de seguridad relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos en el servicio de urgencias.		No. de sucesos de seguridad relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos que ocurren en urgencias y que se encuentran gestionados y analizados/Total de sucesos de seguridad (RC uso de Mtos y DM) reportados por el servicio de urgencias X 100	Reporte del suceso de seguridad en el formato institucional (o en el formato FOREAM o FOREIA del INVIMA) con su respectivo análisis, radicado ante la Oficina de Calidad y/o correo electrónico con reporte negativo para la ocurrencia de este tipo de sucesos de seguridad (Los primeros 10 días una vez terminado el periodo).			X						X				A 31 de marzo y A 30 de septiembre de 2020	A EVALUAR EN EL 3ER TRIMESTRE DE 2020				

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
URGENCIAS	2	Prevenir complicaciones durante la atención de urgencias	1. Socializar Procedimiento de manejo de carro de paro y Protocolo de atención en código azul. 2. Medición de adherencia a protocolo y procedimiento institucional.	Enfermeros Líderes de proceso centros de salud 24 horas	No. de colaboradores del servicio de urgencias que asisten a la socialización del Procedimiento de manejo de carro de paro y Protocolo de atención en código azul / Total de colaboradores que laboran en el servicio de urgencias X 100	1. Convocatoria, memorias, registros fotográficos, acta y listado de asistencia. 2. Consolidado de adherencia mayor al 80% para el personal asistencial que labora en el servicio de urgencias (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermeria) radicado a la oficina de calidad los primeros 10 días de julio de 2020.						X						A 30 de Junio de 2020	1. Se realizó socialización del Procedimiento de manejo de carro de paro y el Protocolo de atención en código azul a los colaboradores del servicio de urgencias en los 4 centros de 24 horas: Recreo, Esperanza, Alto Pompeya y Porfía. Se adjunta convocatoria, memorias, registros fotográficos, listado de asistencia y actas firmadas. 2. Se realiza medicón de adherencia y se obtiene un resultado superior al 97% en el personal asistencial del servicio de urgencias de los 4 centros de 24h Recreo, Esperanza, Alto Pompeya y Porfía. Se envía correo electrónico con el consolidado de adherencia a la Oficina de Calidad el día 7 de julio de 2020.	113	113	100%	Se dio cumplimiento
	3	Promover la atención segura de pacientes en el servicio de urgencias a través de la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)	1. Socializar Guía de buenas prácticas para la prevención de IAAS, Procedimiento para el lavado de manos y Procedimiento para la inserción y retiro de catéter urinario a Profesionales y Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias 2. Medición de adherencia a la guía y Procedimientos institucionales.	Enfermeros Líderes de proceso centros de salud 24 horas	No. de profesionales y auxiliares de enfermería del servicio de urgencias que asisten a la socialización Guía de buenas prácticas para la prevención de IAAS, Procedimiento para el lavado de manos y Procedimiento para la inserción y retiro de catéter urinario/Total de profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de urgencias X 100	1. Convocatoria, memorias, registros fotográficos, acta y listado de asistencia. 2. Consolidado de adherencia mayor al 80% para profesionales y auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de urgencias radicado a la oficina de calidad los primeros 10 días de junio de 2020.					X							A 31 de mayo de 2020	1. Se realiza socialización de la Guía de buenas prácticas para la prevención de IAAS, Procedimiento para el lavado de manos y Procedimiento para la inserción y retiro de catéter urinario a Profesionales y Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias en los 4 centros de 24 horas: Recreo, Esperanza, Alto Pompeya y Porfía. Se adjunta convocatoria, memorias, registros fotográficos, listado de asistencia y actas firmadas. 2. Se realiza medicón de adherencia y se obtiene un resultado superior al 94% en el personal asistencial del servicio de urgencias de los 4 centros de 24h Recreo, Esperanza, Alto Pompeya y Porfía. Se envia correo electrónico con el consolidado de adherencia a la Oficina de Calidad el día 9 de junio de 2020.	46	46	100%	Se dio cumplimiento

Villavicencio, 12 de mayo de 2020

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 08 de Julio de 2020

Responsable del Proceso Evaluado:
JULIAN LOPEZ ALBA
Enfermero

Revisó:
DIANA MAYERLY SANDOVAL DURAN
Subgerente Científica

Seguimiento y Evaluación
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Pagina 1 de 1

PROCESO: OFICINA DE CALIDAD
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado) E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020 EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
Oficina de Calidad	1	Dar cumplimiento al programa de auditorias de la ESE Municipal	1. Realizar Auditoríaa Interna NTC ISO 9001:2015	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	No. de procesos programados para la auditoría / Total de procesos auditados x100	Informe de auditoría NTC ISO 9001:2015											X	X	Noviembre - Diciembre 2020	A EVALUAR EN EL 3er TRIMESTRE DEL 2020				
			2. Llevar a cabo auditorías SUH (Sistema Unico de Habilitación)	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	No. de centros de salud programados para la auditoría / Total de centros de salud que se les realizó auditoría x100	Informe de auditoría SUH				X			X				X	Cuatrimestral	Durante el 2do. Trimestre de 2020, de acuerdo al Plan de Auditorías 2020 se encontraba programada la audiotría del SUH al CS del Recreo, la cual fue ejecutada el 10 de febrero de 2020 y Centro de Salud la Esperanza (04 de mayo de 2020), respecto a las auditorias programadas para el mes de junio de 2020 (A centros de Salud Kirpas y Popular) se levantó acta teniendo de aplazamiento teniendo en cuenta el estado de emergencia declarado por el Gobierno nacional a causa de la pandemia COVID19.	2	2	100%	Se dio cumplimiento
	2	Revisar y actualizar los requisitos y documentos de la Oficina de Calidad, de acuerdo a la normativa vigente.	1. Revisión de los documentos de la Oficina de Calidad. 2. Actualizar y/o crear los documentos en caso de ser necesario de la Oficina de Calidad.	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	No. de documentos actualizados y/o creados / Total de documentos proyectados para actualización x100	1. Lista asistencia con la oficina de calidad 2.Documentos actualizados					X						X	Semestral	Durante el 2do. Trimestre de 20200 fueron revisados y actualizados 157 procedimientos Los documentos reposan en la página web. "formato para el control de cambios de los documentos"	157	157	100%	Se dio cumplimiento

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 22 de Julio de 2020

Responsable del Proceso evaluado
NUBIA LORENA VALENCIA ZULETA
Jefe Oficina de Planeación y Calidad

Revisó:
JUAN FRANCISCO SUAREZ CLAROS
Gerente

Evaluador:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

ESE	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO**	FR-100-01-V1
	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Pagina 1 de 1

PROCESO: OFICINA DE CONTROL INTERNO (De Gestión)

VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
Control Interno	1	Apoyar y aportar mecanismos para la elaboración del plan de atención al ciudadano.	Apoyar en la elaboración del Plan de Atención al ciudadano dando alcance a la Ley 1474 de 2011, al decreto 124 de 2016 y a la estrategia de Plan Anticorrupición y Atención al ciudadano (versión 2)	Oficina de Control Interno (de Gestión)	Actualizar la infomación y hacer entrega al responsable de la elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano dando alcance a la Ley 1474 de 2011 y al decreto 124 de 2016.	Resolución y Plan anticorrupción publicado en la web de la entidad	X												A 31 de enero de 2019	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				
	2	Actualizar y/o diseñar los documentos (procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales) del area	1. Radicar el diagnóstico ante Control Interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	Oficina de Control Interno (de Gestión)	No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100	1. Diagnóstico radicado en control interno 2. Lista asistencia con la oficina de calidad 3.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	X		X										1 y 2. A 30 de Enero de 2020 2. A 31 de Marzo de 2020 Actualización y/o diseño de procedimientos , guías, formatos, instructivos,y/o Manuales del área	EVALUADO EN EL 1er. TRIMESTRE DE 2020				

Villavicencio, Enero 21 de 2020

Villavicencio, 24 de julio de 2020

Evaluado Responsable del Proceso
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

Revisó:
JUAN FRANCISCO SUAREZ CLAROS
Gerente

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO	FR-100-01-V1
ESE	DIRECCION	Vigencia 28/01/2014
	FORMATO PLAN OPERATIVO	Documento Controlado Página 1 de 2

PROCESO: OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
VIGENCIA: 2020

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												PLAN DE OPERATIVO 2do. TRIMESTRE 2020 EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCI-	1	Promover y fortalecer el correcto ejercicio de las funciones, mediante capacitaciones a fin de sensibilizar al personal de la entidad en temas de: -Derechos, Deberes, Prohibiciones del servidor público, Procedimiento Disciplinario, -Impedimentos y Recusaciones, -Sujetos procesales.	Realizar capacitación Taller teórico práctico de la Ley 734 de 2002.	Jefe Oficina Control Interno Displinario	No. de sensibilizaciones y/o talleres ejecutados / Total de sensibilizaciones y/o talleres proyectados X 100	1. Convocatoria invitando al personal de la entidad. 2. Memorias sobre el tema de la capacitación. 3. Registros fotográficos. 4. Planilla de asistencia.						X						X	A junio y a 31 de diciembre de 2020	Reprogramación y asignación de nueva fecha para las capacitaciones a realizar por esta oficina según oficio radicado el 29 de mayo de 2020 a Talento Humano. Lo anterior, en primer lugar dando alcance a la actuación administrativa que modifica el PIC 2020 expedida por el comité de MIPG, y así mismo, acatando la normatividad expedida por el gobierno nacional y territorial en atención de la emergencia sanitaria COVID – 19, lo que limito la movilidad de los ciudadanos e igualmente las reuniones de personas y señalo protocolos para el ingreso a las entidades. En consecuencia, reitero la presente solicitud y solicito concertar nuevas fechas, para realizar las capacitaciones programadas de manera virtual. Los temas a desarrollar están señalados en plan de capacitaciones: "Servicio público y derecho de petición" y "Deberes, derechos y prohibiciones Ley 734 de 2012"	0	1	N/A (Con previa reporgramación por Asuntos de COVID19 no afecta el indicador ni la actividad)	Con previa reporgramación por Asuntos de COVID19no afecta el indicador ni la actividad
	2	Adelantar los procesos disciplinarios conforme lo establece la Ley 734 de 2002 el registro de las quejas recepcionadas.	1. Registrar la queja en el libro de registros. 2. Analizar la queja. 3. Si los hechos son irrelevantes, se ordena auto inhibitorio. 4. si hay dudas sobre la ocurrencia de falta disciplinaria, se ordena indagación preliminar 5. Si se identifica al posible autor de la falta disciplinaria, y la queja contiene pruebas que permitan verificar la presunta falta, emitir apertura de investigación. De las actuaciones se deja constancia en el libro de registro.	Jefe Oficina Control Interno Displinario	No. de quejas recibidas y gestionadas / Total de quejas recibidas en el periodo X 100	Diligenciamiento en el libro de registro con las anotaciones respectivas de los procesos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cada vez que se reciban	1,2,3,4 y 5: 1).El día 18/05/2020,se recibe queja por la gerencia de la ESE, se anota en libro radicador (Registro) asignándole el número 327-2020 y se da apertura de indagación preliminar. 2). El 17/06/2020 Se recibe memorando de gerencia ESE (Informe final de auditoria interna No. 005/2020), se anota en el libro radicador (Registro) asignándole el número 328-2020, y se da apertura indagación preliminar. 3) El 01/07/2020 Se recibe queja de la Subgerencia Científica, se anota en libro radicador (Registro) asignándole el número 329-2020, y se da apertura indagación preliminar. Actualmente los términos procesales se encuentran suspendidos hasta el día 01 de agosto de 2020, en acatamiento a las disposiciones legales expedidas por el gobierno nacional por COVID19.	3	3	100%	Se dio cumplimiento

Area	Item	OBJETIVOS O METAS DEL AREA O PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADORES CLAVES DE CUMPLIMIENTO	PRODUCTO /ENTREGABLE	CRONOGRAMA (tiempo Programado)												EVALUACION Y 2DO. OPERATIVO A 30 DE JUNIO DE 2020				
							E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO Real	SEGUIMIENTO Planeado	AVANCE REAL EN %	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO
PLINARIO	3	Impulsar los procesos y verificar el estado de los mismos a fin de evitar el fenomeno de la prescripción y de la caducidad de la accion disciplinaria.	1. Revisión a los procesos disciplinarios en forma diaria. 2. Proyectar las actuaciones a lugar y decisiones que sean necesarias. 3. Observando los terminos y plazos previstos en la Ley 734 de 2002	Jefe Oficina Control Interno Displinario	No. procesos gestionados / Total de quejas recibidas X 100	Que al 31 de diciembre de 2019 a todos los procesos disciplinarios se les haya impartido trámite pertinente y que no existan procesos del año 2015.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cada mes.	Los procesos que a la fecha cursan en esta Oficina datan de los años 2018, 2019 y 2020. El proceso más antiguo es el OCID- 292-2018 que se encuentra en etapa de descargos, en términos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 734 de 2002. En la actualidad, se ordenó suspesión de términos por Orden Presidencial hasta el 01/08/2020. (COVID-19). Tampoco se ha presentado prescripción ni caducidad de la acción en ningún proceso disciplinario.	13	13	100%	Se dio cumplimiento
	4	Publicar Tips Disciplinarios en las carteleras de la Empresa Social del Estado del Municipio de Villavicencio con el fin de sensibilizar y concientizar a los servidores y/o sujetos disciplinables de la entidad, en cuanto a Derechos,Deberes y Prohibiciones.	1. Realizar presentaciones en power point sobre la ley 734 de 2002 e imprimirlas para facilitar la sensibilizacion del personal. 2. Publicar mensualmente en la cartelera de la entidad los tips para familiarizar al personal con las normas de la Ley Disciplinaria.	Jefe Oficina Control Interno Displinario	No. De tips publicados / Total de tips programados publicar X 100	Publicaciones realizadas por esta dependencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Cada mes.	Del período comprendido entre Abril a Junio de 2020, se publicaron 6 ticks disciplinarios, alusivos a prohibiciones, derecho de petición, y servicio público, en la cartelera de esta Oficina, y de las sedes administrativa principal y alterna.	6	6	100%	Se dio cumplimiento

Evaluado Responsable del Proceso
NELSON FERNANDO OLARTE UMAÑA
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

Revisó:
JUAN FRANCISCO SUAREZ CLAROS
Gerente

Evaluador:
OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina de Control Interno

1er. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%
2do. SEGUIMIENTO Y EVALUACION 100%

Villavicencio, 27 de Julio de 2020