

AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS VIGENCIA 2024

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE SAN BERNARDO DEL
VIENTO

DR. OMAR ENRIQUE GENES NEGRETTE
Gerente

ABRIL DE 2025

JUNTA DIRECTIVA

NAVONAZAR GONZALEZ TORDECILLA
Alcalde Municipal
Presidente de Junta Directiva

NATALIA ORTIZ NEGRETE
Secretaria de Salud Municipal

DEIVIS DEL CARMEN ACOSTA PEREZ
Representante Asociación de Usuarios

ANA MERCEDES SEQUEDA MONTIEL
Representante Estamento Científico

SARAMY HERRERA JULIO
Representante Área Administrativa

EQUIPO LÍDER RENDICIÓN DE CUENTAS

NOMBRE	CARGO	AREA / DEPENDENCIA
Omar Enrique Genes Negrette	Gerente	Gerencia
Bernardo Murillo Sevilla	Jefe de Talento Humano	Talento Humano
Jairo Andres Negrette González	Técnico Operativo T. H	Talento Humano
Seina Isabel Narváez	Enfermera Jefe	PyM
Millis Mantilla Mezquida	Enfermera Jefe	PyM
Luz Marina Acuña	Asesora de Calidad	Calidad
Rosa Arteaga Arteaga	Asesora Cuentas y Contratación	Contratación EPS
Katherine Paternina Oliveros	Coordinadora Adm. y Financiera	Financiera
Saramy Herrera Julio	Jefe de Presupuesto	Financiera
Fredy Genes Madera	Asesor Financiero	Financiera
Silvia María Mercado Ricardo	Contadora	Financiera
Omadis Castellar	Coordinadora SIAU	SIAU
Ivonne Otero Vega	Jefe de Control Interno	Control Interno
José Garrido Ramírez	Contratista	PyM

CONTENIDO

INTRODUCCION

DESCRIPCION DE CONTEXTO

AVANCES Y RESULTADOS DE LA GESTION

1. PLANEACION

1.1. Plan de Desarrollo 2025-2027

1.2. Plan de Gestión Gerencial

1.3. Planes Decreto 612 de 2018

1.3.1. Plan Anual de Vacantes

1.3.2. Plan de Previsión de Recursos Humanos

1.3.3. Plan Estratégico de Talento Humano

1.3.4. Plan Institucional de Capacitación

1.3.5. Plan de Bienestar Social e Incentivos

1.3.6. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

2. ATENCION EN SALUD

2.1. Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud desarrolladas durante la vigencia 2024

2.2. Actividades de Salud Publica implementadas o desarrolladas durante la vigencia 2024 y coberturas de vacunación

2.3. Indicadores de Oportunidad y Calidad de la Atención en Salud y los servicios prestados – Comparativo vigencia 2024 frente a 2023

2.4. Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Salud

3. CONTRATACION CON LAS EPS

4. ASPECTOS FINANCIEROS

4.1. Análisis Comparativo de la Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos vigencia 2024 frente a la vigencia 2023

4.2. Informe de Riesgo Financiero

4.3. Balance General

4.4. Activos, Pasivos y Patrimonio

4.5. Estado de Resultados

5. SATISFACCION DE USUARIOS

5.1. Gestión de las PQRSD – Análisis comparativo del comportamiento de las PQRSD presentadas vigencia 2024 vs 2023

5.2. Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias durante la vigencia 2024

5.3. Mecanismos de atención prioritaria para personas con derecho de atención prioritaria o preferencial utilizados en la ESE durante la vigencia 2024.

5.4. Numero de Asociaciones o Alianzas de usuarios vigentes en la ESE

5.5. Informe de logros obtenidos como producto del trabajo en equipo entre la ESE y la alianza de usuarios

5.6. Medición de la Satisfacción de usuarios

6. CONTROL INTERNO

6.1. Auditorías Internas Efectuadas

6.2. Avance de los planes de mejoramiento auditorías internas y externas

6.3. Presentación de Informes de Ley

6.4. Informes de Seguimiento

6.5. Estado del Sistema de Control Interno

7. CONCLUSIONES Y LOGROS OBTENIDOS EN LA VIGENCIA 2024

INTRODUCCION

La rendición de cuentas es un mecanismo de participación social donde se suministra información sobre la gestión y los resultados de las entidades públicas del nivel nacional y territorial y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo. Este proceso tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia de la gestión de la administración pública y a partir de allí lograr la adopción de los principios de buen gobierno, eficiencia, eficacia y transparencia.

Es así, como la E.S.E Hospital San José de San Bernardo del Viento, en cumplimiento como Empresa Social del Estado, cuyo objeto es el de la prestación de servicios de salud, como un servicio público a cargo del Estado e integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, ejerciendo su responsabilidad con la comunidad a la que presta servicios y en general con todos los agentes interesados, además de dar cumplimiento a la Circular 008 de 2018, presenta su informe de rendición de cuentas para la vigencia fiscal 2024 acatando todas las disposiciones establecidas en dicha Circular.

Así las cosas, se presenta a continuación el informe correspondiente a los resultados de la gestión y actividades de la ESE Hospital San José durante la vigencia 2024.

DESCRIPCION DE CONTEXTO DE LA ENTIDAD

 Gerencia@esehospitalsanjose.com

 Kilometro 1, Via Santa Cruz de Lorica
San Bernardo del Viento

La ESE Hospital San José identificada con NIT No. 891000499-4, está ubicada en el Kilómetro 1 de la cabecera municipal en la vía que conduce al municipio de Lórica, es única institución pública que presta los servicios de salud las 24 horas del día a los habitantes del municipio, su código de prestador según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es el 236750070201.

La ESE Hospital SAN JOSÉ es una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad orientada a la promoción y mantenimiento de la salud en las diferentes etapas de la vida, comprometidos con la prestación de servicios de alta calidad, la confianza y el respeto hacia nuestros usuarios, adaptando permanentemente las innovaciones tecnológicas para obtener mejores resultados.

Se tiene como Misión el bienestar y seguridad de los pacientes, el entorno de trabajo para nuestros empleados y sus familias, ligados al mejoramiento continuo de nuestro talento humano y la efectividad al momento de realizar acciones en pro del derecho de la salud, son nuestra razón de existir.

Dentro de su Visión se proyecta para el año 2030 que será identificada como una institución líder y de referencia en el departamento de Córdoba en la prestación de servicios de salud de baja complejidad; por garantizar un alto grado de calidad, generando satisfacción en nuestros usuarios, proveedores del sistema de salud, con recurso humano y tecnológico apropiados para brindar servicios de salud con excelencia, calidad y seguridad, alto profesionalismo y calidad humana, que mejoren la vida de nuestros usuarios.

AVANCES Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN DURANTE LA VIGENCIA 2024

1. PLANEACIÓN.

1.1. PLAN DE DESARROLLO

El Gerente actual de la ESE Hospital San José, Doctor Omar Enrique Genes Negrette, diseñó y elaboró su Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2025 – 2027 en colaboración y con la participación de los funcionarios de la ESE, con el fin de que ese documento plasmara la realidad institucional, y que a partir del análisis participativo realizado, se identificaran las fortalezas y debilidades, así como las necesidades de mejoramiento que la ESE requiere, las cuales finalmente fueron priorizadas convirtiéndose en metas a alcanzar durante el periodo institucional establecido a través de las líneas estratégicas, las cuales son la base que consolida el desarrollo y mejoramiento de la prestación de los servicios de salud que ofrece la ESE Hospital San José. Estas líneas estratégicas se encuentran articuladas con el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 – “Avanzando juntos hacia la equidad en salud”, el Plan de Desarrollo Nacional 2022-2026 “Colombia potencia de vida”, el Plan de Desarrollo Departamental 2024 – 2027 “Córdoba lo tiene todo para estar a otro nivel”, y el Plan de Desarrollo Municipal 2024 – 2027 “Todo por mi Pueblo”.

El Plan de Desarrollo Institucional contiene la planeación estratégica de la ESE para el periodo 2025 – 2027, a través del cual la entidad definirá los objetivos principales hacia los cuales dirigirá el esfuerzo institucional mediante las estrategias más apropiadas para el logro y obtención de los mismos, con el objetivo de responder y satisfacer las necesidades de la comunidad del municipio de San Bernardo del Viento.

Dicho plan fue presentado ante los miembros de la Junta Directiva de la ESE y fue aprobado por la misma mediante Acuerdo de Junta No.008 del 23 de diciembre de 2024, acta de reunión No. 004 de la misma fecha.

El componente estratégico del Plan de Desarrollo, se encuentra definido mediante Líneas Estratégicas que permitan la consecución de las metas y objetivos que tiene la E.S.E Hospital San José en el periodo 2025 - 2027.

Las seis (6) Líneas Estratégicas que se han definido en el Plan de Desarrollo de la E.S.E Hospital San José para el periodo 2025 - 2027 son las siguientes:

- ✚ **LINEA ESTRATEGICA 1.** Garantizar Talento Humano competente y comprometido con una cultura de servicio y mejora continua.

Objetivo: Fomentar el desarrollo integral del Talento Humano de la ESE, con el fin de potenciar las competencias y habilidades de los servidores públicos en el ciclo de vida laboral, fomentando la calidad en la prestación del servicio, en concordancia con los objetivos institucionales.

Estrategias:

1. Establecer y ejecutar el Programa de Bienestar Social e Incentivos
2. Efectuar el desarrollo del Plan Anual de Capacitación ajustado a las necesidades de cada área, para enriquecer y fortalecer los conocimientos y capacidades del talento humano
3. Diseñar y ejecutar el Programa de Humanización
4. Diseñar y ejecutar el Programa de Intervención de clima organizacional y riesgo psicosocial
5. Ejecutar el Programa de Inducción y Reinducción anualmente
6. Desarrollar y mantener en funcionamiento el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
7. Diseñar el Plan Anual de vacantes
8. Diseñar anualmente el Programa de Previsión de Recursos Humanos

- ✚ **LINEA ESTRATEGICA 2.** Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.

Objetivo: Garantizar y procurar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud en la ESE, brindando servicios seguros y oportunos.

Estrategias:

1. Ejecutar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)
2. Monitorear y evaluar los resultados de los atributos de la calidad – Indicadores de Calidad (Sistema de información para la Calidad)

3. Promover, desarrollar y fomentar una cultura de Seguridad del Paciente en la ESE mediante la gestión de eventos adversos, gestión del riesgo y la medición de adherencia a guías y protocolos clínicos

 **LINEA ESTRATEGICA 3.** Mejorar la Infraestructura física Hospitalaria, mobiliaria y dotación

Objetivo: Efectuar las adecuaciones, el mantenimiento y el mejoramiento de la infraestructura física hospitalaria, mobiliaria y dotación acorde con los lineamientos y requisitos legales establecidos.

Estrategias:

1. Formular y gestionar proyectos que permitan conseguir recursos para mejorar la infraestructura hospitalaria y dotación de equipos
2. Establecer un plan de acción para el mejoramiento y adecuación de infraestructura física y mobiliaria de la ESE.
3. Diseñar y ejecutar el Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE

 **LINEA ESTRATEGICA 4.** Fortalecer la prestación de los servicios de salud ofrecidos en la ESE

Objetivo: Garantizar la calidad y oportunidad de la atención mediante la mejora continua en la prestación de los servicios de salud que ofrece la ESE, con el fin de brindar servicios seguros, oportunos y accesibles.

Estrategias:

1. Implementar estrategias y ejecutar actividades de Atención Primaria en Salud – APS
2. Desarrollar y ejecutar los programas de promoción y mantenimiento de la salud manteniendo los indicadores de cumplimiento

- ✚ **LINEA ESTRATEGICA 5.** Garantizar la tecnología biomédica segura, mediante renovación tecnológica continua, de equipos biomédicos, dispositivos, equipos de cómputo, y otros equipos necesarios para el normal funcionamiento de las operaciones y actividades de la ESE.

Objetivo: Efectuar inversión para la adquisición, renovación y mantenimiento de equipos biomédicos, muebles y enseres, y equipos de oficina que faciliten la calidad en la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de las actividades de gestión administrativa de la ESE

Estrategia:

1. Gestionar y efectuar la Adquisición de Tecnología biomédica
2. Efectuar los procesos de compra o Adquisición de muebles y enseres, equipos de oficina.

- ✚ **LINEA ESTRATEGICA 6.** Lograr la autosostenibilidad financiera por concepto de la venta de servicios de salud, mediante el fortalecimiento de mecanismos de control para uso eficiente de los recursos y austeridad en el gasto público.

Objetivos: Establecer mecanismos de control con el fin de efectuar un uso eficiente de los recursos, mejoramiento de los procesos de facturación, recaudos y radicación de cuentas médicas.

Estrategias:

1. Racionalizar el gasto de funcionamiento y operación
2. Diseñar y ejecutar un programa de austeridad del gasto manteniendo las condiciones de calidad de la prestación de los servicios de salud.
3. Fortalecer los procesos de radicación de cuentas o facturas médicas, y el levantamiento de glosas.

1.2. PLAN DE GESTION GERENCIAL

De acuerdo a lo establecido en el Anexo No. 1 de la Resolución No.710 de 2012, el Plan de Gestión Gerencial se constituye en el documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, los cuales deben contener las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial, cuyo cumplimiento debe medirse a través de los indicadores definidos en la mencionada Resolución, modificada por la Resolución No.743 de 2013 y la Resolución No.408 de 2018.

El Plan de Gestión de la ESE HOSPITAL SAN JOSE para el periodo 2024 – 2028 presentado por el Gerente, Doctor Omar Enrique Genes Negrette, se define como una herramienta y marco de acción que permitirá la evaluación del desempeño de cada una de las diferentes áreas de gestión a través de las diferentes actividades y metas establecidas para alcanzar los resultados anualmente a través de un Informe de Gestión.

El Gerente de la ESE presento ante la Junta Directiva de la entidad el Plan de Gestión para el periodo 2024 – 2028 y fue aprobado por la misma mediante Acuerdo de Junta No. 005 del 15 de mayo de 2024. En dicho documento se encuentran establecidos los siguientes compromisos de Gestión:

AREA DE GESTION: DIRECCION Y GERENCIA – 20%	
Esta área hace referencia al cumplimiento de los logros estratégicos, misión, visión, y objetivos institucionales a través del establecimiento de políticas de direccionamiento fundamentadas en el Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad en la prestación de los servicios de salud y en el fortalecimiento de los sistemas de información.	
Compromisos de Gestión	Actividades Generales
<p><i>Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.</i></p> <p>Para alcanzar niveles superiores de calidad en la prestación de los servicios de salud que ofrece la ESE Hospital San José, la entidad deberá efectuar la implementación y el despliegue del sistema único de acreditación, en conjunto</p>	Efectuar el Plan acción a desplegar para la autoevaluación de estándares con enfoque en acreditación.
	Caracterización y conformación de los equipos de autoevaluación de conformidad con los grupos de estándares aplicables a la ESE y los líderes y/o dueños de procesos.
	Realizar un plan de educación, esto es, capacitar a los equipos de autoevaluación en referencia a la metodología
	Brindar apoyo continuo por parte de la gerencia y de quienes lideran el proceso, a los equipos de autoevaluación y demás personas involucradas.

<p>con el PAMEC y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de calidad.</p>	<p>Efectuar el análisis de los estándares aplicables a la ESE por grupos, identificación y registro de fortalezas y oportunidades de mejora</p> <p>Efectuar la puntuación o calificación acorde con la hoja radar</p> <p>Priorizar las oportunidades de mejora que se adelantaran para alcanzar el cumplimiento de los estándares</p> <p>Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados de la autoevaluación en conjunto con el Plan de Auditorias para el mejoramiento de la Calidad - PAMEC.</p>
<p>Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud</p> <p>Definir mecanismos de seguimiento y evaluación del cumplimiento del Plan de Auditoria con enfoque en acreditación y el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento derivados de la autoevaluación de estándares y la priorización de los procesos a intervenir con el fin de reducir las brechas entre la calidad esperada y la observada en la prestación de los servicios.</p>	<p>Capacitar al personal sobre las generalidades y el despliegue del Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad</p> <p>Efectuar la Autoevaluación de estándares para establecer las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas</p> <p>Efectuar la selección de los procesos a mejorar</p> <p>Efectuar la priorización de los procesos a los cuales se realizarán las mejoras</p> <p>Definir la calidad esperada para establecer las metas a alcanzar en los procesos priorizados</p> <p>Realizar la medición del desempeño de los procesos para hacer seguimiento al cumplimiento de la calidad esperada y evaluar la reducción de las brechas de la calidad esperada frente a la observada</p> <p>Diseñar el Plan de Acción y/o Plan de Mejoramiento para los procesos seleccionados</p> <p>Efectuar la ejecución del Plan de Acción para hacer seguimiento a lo trazado</p> <p>Desarrollar la Primera Auditoria de Seguimiento al Plan de Mejoramiento para determinar si los planes de acción generaron una reducción de las brechas entre la calidad esperada frente a la observada y así medir la efectividad de los planes</p> <p>Desarrollar la Segunda Auditoria de Seguimiento al Plan de Mejoramiento para determinar si los planes de acción generaron una reducción de las brechas entre la calidad esperada frente a la observada y así medir la efectividad de los planes</p> <p>Desarrollar la Tercera Auditoria de Seguimiento al Plan de Mejoramiento para determinar si los planes de acción generaron una reducción de las brechas entre la calidad esperada frente a la observada y así medir la efectividad de los planes</p> <p>Efectuar la medición del aprendizaje organizacional para lograr un mejoramiento continuo, generar una cultura de la calidad en la prestación de los servicios.</p>
<p>Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional</p>	<p>Realizar el Diseño, la formulación y la implementación del Plan de Desarrollo de la ESE para el periodo 2024 – 2028.</p>

<p>El Plan de Desarrollo institucional se constituye como la carta de navegación para el periodo 2024 – 2028, en la cual se plasmen las estrategias con las cuales la ESE divisa su desarrollo institucional, teniendo en cuenta las metas establecidas, los objetivos, las acciones y los indicadores de cumplimiento que respondan a las necesidades de los usuarios y de la comunidad en general en referencia a la prestación de los servicios.</p> <p>La gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional se efectuará a través de un seguimiento anual, denominado Informe Operativo Anual</p>	Establecer políticas, programas y proyectos con metas de cumplimiento anuales
	Presentar el Plan de Desarrollo a la Junta Directiva para su revisión y aprobación.
	Publicar y socializar el Plan de Desarrollo así como garantizar su despliegue en toda la organización
	Diseño de los Planes Operativos anuales como seguimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo institucional aprobado, objetivos estratégicos y metas establecidas.
	Documentar y compilar el Informe Operativo Anual (Evaluación y seguimiento) con las respectivas evidencias de cumplimiento de las metas y logros establecidos para cada vigencia.
	Establecer planes de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejora detectadas
	Efectuar el seguimiento trimestral o semestral del cumplimiento del plan de desarrollo institucional.

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA – 40%

Esta área hace referencia al cumplimiento de un grupo de indicadores que demuestran la sostenibilidad financiera de la entidad. Su enfoque está basado en la administración eficiente y eficaz de los recursos públicos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud con calidad y oportunidad, manteniendo y garantizando los índices de liquidez que permitirán el cumplimiento de obligaciones y mantenerse solvente y sostenible en el tiempo, salvaguardando los recursos del estado.

Compromisos de Gestión	Actividades Generales
<p>Riesgo Fiscal y Financiero</p> <p>El compromiso de la ESE para este indicador, es el de mantenerse categorizada SIN RIESGO financiero.</p>	<p>Efectuar análisis de los factores internos y externos que dan origen a amenazas.</p> <p>Diseñar un plan financiero estratégico que permita la planificación de la gestión de recursos de modo tal que se pueda lograr una optimización del capital, prever posibles dificultades y la gestión de riesgos que puedan impactar en la liquidez y rentabilidad de la entidad</p> <p>Fortalecer los procesos de facturación y recaudo con el objetivo de aumentar la productividad y la rentabilidad</p> <p>Adoptar e implementar políticas de austeridad y eficiencia del gasto publico</p> <p>Efectuar el Reporte de información de la ESE en forma clara, consistente, veraz y confiable al Ministerio de Salud y de la protección social en la periodicidad y dentro de los tiempos establecidos para el reporte dela misma.</p>
<p>Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida</p>	<p>Implementar estrategias de optimización y mejoramiento de la producción de los servicios de salud.</p>

<p>La ESE deberá garantizar estrategias mediante las cuales se aumente la producción, en este caso la facturación y/o la venta de servicios de salud al mismo tiempo que se utilicen estrategias para disminuir el gasto.</p>	Mejorar las estrategias de negociación con las EPS para efectuar la prestación de los servicios de salud con mejores tarifas en precios
	Sensibilización a funcionarios en el uso racional y adecuado de los recursos
	Adoptar e implementar planes de austeridad y eficiencia del gasto público
	Fortalecer los procesos de recaudo, radicación de cuentas y respuestas oportunas de glosas
	Efectuar seguimiento periódico a la ejecución presupuestal de gastos y tomar las medidas pertinentes
<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.</p> <p>Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos a mejores precios a través de los mecanismos permitidos por la norma</p>	<p>Efectuar un análisis de los medios más efectivos y económicos del mercado para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico</p>
	<p>Efectuar procesos de negociación de precios de medicamentos y material médico quirúrgicos por los diferentes mecanismos establecidos por la norma con el fin de conseguir precios favorables.</p>
<p>Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.</p> <p>La ESE se comprometerá en garantizar el pago oportuno de las obligaciones laborales independientemente del tipo de vinculación, a todo el personal de planta y por contratación de servicios, dando valor así al talento humano como recurso principal y fundamental en la prestación de los servicios y en el desarrollo de las metas institucionales.</p>	<p>Fortalecer los procesos de facturación y recaudo en la prestación de los servicios de los servicios de salud, así como también la disminución de glosas, de manera tal que se puedan garantizar los recursos para cumplir con las obligaciones laborales de manera oportuna.</p>
	<p>Gestionar los recursos necesarios que permitan a la ESE ponerse al día con las obligaciones de tipo laboral.</p>
	<p>Verificar y determinar la cuantía de la deuda laboral que tiene la ESE, efectuar acuerdos de pagos con el personal que se adeuda, y realizar los abonos respectivos con el objetivo de ir disminuyendo estos pasivos.</p>
	<p>Efectuar seguimiento y verificación del cumplimiento de las obligaciones de tipo laboral.</p>
	<p>Adoptar políticas de cumplimiento de pagos oportunos y acuerdos de pago referente a deudas de tipo laboral.</p>
<p>Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS</p> <p>El gerente de la ESE presentará a la Junta Directiva de la entidad trimestralmente un informe de análisis del registro individual de prestación de servicios de salud a</p>	<p>Generar del software clínico los datos e información referente al Registro Individual de Prestaciones de servicios trimestralmente</p>
	<p>Consolidar a partir de la información generada el Informe de RIPS a presentar a la Junta Directiva de conformidad con los lineamientos establecidos en la Resolución No. 408 de 2018</p>

<p>través del cual se podrá conocer el perfil epidemiológico de la población, las causas de morbilidad más frecuentes, los servicios consultados, con el fin de las acciones administrativas, gerenciales y clínicas se encaminen con miras a la productividad de los servicios de salud con calidad y el mejoramiento continuo de los mismos.</p>	<p>Sensibilizar y capacitar al personal para el adecuado registro de la información, de manera al ser generada sea información de calidad, veraz, confiable y oportuna.</p>
<p>Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo</p> <p>La entidad se compromete a aunar esfuerzos y diseñar estrategias que permitan obtener un Equilibrio Presupuestal a partir del análisis de los Gastos frente al Recaudo por concepto de ingresos por venta de servicios</p>	<p>Efectuar la entrega oportuna de los cuatro (4) informes de RIPS a la Junta Directiva durante cada vigencia.</p> <p>Adoptar políticas de Austeridad y eficiencia del gasto público, efectuar seguimiento a los informes remitidos y toma de decisiones.</p> <p>Socializar, sensibilizar y adoptar una cultura de racionalización de gasto en todos los servidores y funcionarios de la entidad con el fin de lograr una reducción en los mismos.</p> <p>Fortalecer los procesos de recaudo y recuperación de cartera con el objetivo de tener mejores ingresos.</p> <p>Fortalecer los procesos y estrategias de negociación y contratación con las EPS, de modo tal que se puedan obtener mejores porcentajes o tarifas de pago por prestación de servicios</p> <p>Facturar oportuna y adecuadamente los servicios de salud prestados y disminuir las glosas</p> <p>Efectuar el monitoreo y seguimiento permanente al comportamiento de este indicador para la toma de decisiones y correcciones oportunas</p>
<p>Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.</p> <p>La entidad con el fin de facilitar las acciones de IVC – Inspección, Vigilancia y Control por parte de los entes respectivos, garantizará el reporte de información oportuna correspondiente a los informes que hacen parte de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud a través del medio dispuesto para ello.</p>	<p>Diseñar una matriz legal que contenga el detalle de los informes a rendir, la periodicidad del reporte, las fechas límites establecidas, el medio por donde se deberá reportar y los responsables del envío de la misma con el objetivo de efectuar seguimiento y control del reporte de la información dentro de los tiempos establecidos</p> <p>Analizar y verificar la calidad de la información a rendir.</p>

<p>Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.</p> <p>La entidad con el fin de facilitar las acciones de IVC – Inspección, Vigilancia y Control por parte de los entes respectivos, garantizará el reporte de información oportuna correspondiente al Decreto 2193 de 2004 en la página web mediante el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y de la Protección Social.</p>	<p>Diseñar una matriz legal que contenga el detalle de los informes a rendir, la periodicidad del reporte, las fechas límites establecidas, el medio por donde se deberá reportar y los responsables del envío de la misma con el objetivo de efectuar seguimiento y control del reporte de la información dentro de los tiempos establecidos</p>
	<p>Disponer de información financiera y contable que sea consistente, veraz, confiable y oportuna</p>
	<p>Analizar y verificar la calidad de la información a rendir.</p>

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL – 40%

Esta área de gestión involucra a todos los procesos y procedimientos efectuados para la prestación de los servicios de salud que ofrece la ESE, teniendo en cuenta los servicios habilitados, la capacidad instalada para responder con la prestación de los mismos, la oportunidad y los niveles de calidad en la atención. El grupo de indicadores que pertenecen a esta área y son sujetos de evaluación, definen la gestión clínica y orientan a la definición de estrategias de mejora continua para que la atención sea centrada en el paciente y sus necesidades con el menor riesgo posible con estricta aplicación de las guías de manejo.

Compromisos de Gestión	Actividades Generales
<p>Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación</p> <p>El compromiso de la ESE para este indicador, será el de definir estrategias que permitan la captación y el ingreso oportuno de gestantes al programa de control prenatal antes de la semana 12 de gestación para poder así intervenir y controlar los riesgos presentados durante el embarazo, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y el niño</p>	<p>Socializar la Guía de manejo de Control Prenatal con el personal asistencial y efectuar la medición de la adherencia a la misma, efectuar las oportunidades de mejora.</p>
	<p>Fortalecer los mecanismos de captación oportuna de gestantes a través brigadas de salud, con pruebas rápidas de embarazo que permitan la captación inmediata y el ingreso al programa.</p>
	<p>Definir estrategias que permitan la captación inmediata de gestantes y su inscripción al programa de control prenatal a través de los diferentes servicios como laboratorio clínico, consulta médica, odontológica, y urgencias.</p>
	<p>Incluir en las charlas de deberes y derechos efectuadas por la oficina de SIAU a los usuarios en los diferentes servicios, y en las actividades extramurales, y a través de los diferentes medios de información que tiene la ESE, la importancia del ingreso de las gestantes al programa de</p>

	<p>control prenatal que ofrece la ESE al inicio de la etapa de gestación.</p> <p>Efectuar seguimiento trimestral al cumplimiento del indicador y efectuar las acciones preventivas para el mejoramiento de los resultados del mismo. Informar a la gerencia los resultados del seguimiento.</p>
<p><i>Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE</i></p> <p>La ESE para el cumplimiento de este indicador deberá establecer estrategias que permitan detectar y tratar la infección en las gestantes para prevenir la transmisión vertical y evitar que finalice en la atención del parto.</p>	<p>Socializar la Guía de manejo de Sífilis Congénita con el personal asistencial y efectuar la medición de la adherencia a la misma, ejecutar las oportunidades de mejora.</p> <p>Verificación estricta durante el control prenatal y exámenes de laboratorio para identificar de manera oportuna problemas de sífilis</p> <p>Efectuar capacitaciones enfocadas en el comportamiento de la notificación de casos, detección, tratamiento y prevención de la enfermedad.</p> <p>Incentivar el reporte oportuno a través del laboratorio clínico todo caso positivo en gestantes de manera inmediata.</p> <p>Garantizar pruebas rápidas de sífilis al momento del parto.</p> <p>Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del indicador y efectuar las acciones preventivas para el mejoramiento de los resultados del mismo.</p>
<p><i>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.</i></p> <p>La ESE procurara a partir de la adopción de la Guía de Manejo de enfermedad hipertensiva la adherencia a la misma, con el objetivo de garantizar un control de la enfermedad, el desarrollo del tratamiento adecuadamente, mejorar la calidad de la vida de los pacientes que la padecen, evitar posibles complicaciones y desarrollo de enfermedades de alto costo.</p>	<p>Socializar la Guía de manejo específica de atención de enfermedad hipertensiva con el personal asistencial, efectuar la medición de la adherencia a la misma, ejecutar los planes de mejora.</p> <p>Verificar las bases de datos de inscritos en el programa, seguimiento a la inasistencia de pacientes a controles.</p> <p>Fortalecer los controles de hipertensión a través de las visitas domiciliarias y brigadas de salud</p> <p>Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del indicador y efectuar las acciones preventivas para el mejoramiento de los resultados del mismo.</p> <p>Verificación y seguimiento trimestral al indicador de enfermedad renal crónica, tomar acciones correctivas.</p>
<p><i>Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.</i></p> <p>La ESE procurará a partir de la adopción de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo la adherencia a la misma, con el objetivo de contribuir a la detección temprana y oportuna de trastornos del crecimiento y desarrollo en niñas y niños, así como los riesgos en su estado nutricional, de salud y desarrollo.</p>	<p>Socializar la Guía de manejo de crecimiento y desarrollo con el personal asistencial, efectuar la medición de la adherencia a la misma, ejecutar los planes de mejora.</p> <p>Verificar las bases de datos de niños y niñas inscritos en el programa, seguimiento a la inasistencia de pacientes a controles.</p> <p>Fortalecer las competencias del personal asistencial para el adecuado desarrollo de las actividades de atención del programa y control de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del indicador y efectuar las acciones preventivas para el mejoramiento de los resultados del mismo.</p>

<p>Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas</p> <p>La ESE garantizará que la atención en el servicio de Urgencias se efectúe con el cumplimiento de las normas, guías y protocolos establecidos para el manejo de la atención en el servicio y las patologías por las que consultan los usuarios, brindando calidad y seguridad en la atención, con el objetivo de disminuir los reingresos por este servicio por la misma causa, mismo diagnóstico antes de las 72 horas, disminuyendo así los costos que ocasionan estos reingresos.</p>	<p>Generar del software clínico los datos e información referente a reingresos de pacientes por el servicio de urgencias en menos de 72 horas por la misma causa y el mismo diagnóstico trimestralmente.</p>
	<p>Analizar los casos presentados con reingresos, evaluar las causas, efectuar plan de mejora</p>
	<p>Sensibilizar y capacitar al personal referente a la responsabilidad de la atención, y la prestación de los mismos con calidad y seguridad.</p>
	<p>Socialización de guías clínicas de manejo con el personal asistencial, especialmente las guías de manejo de las 10 primeras causas de morbilidad o consulta en el servicio de urgencias</p>
	<p>Medición de la adherencia a la guías de manejo del servicio de urgencias</p>
	<p>Socialización de RIPS con el personal clínico y asistencial del servicio de urgencias para que conozcan las morbilidades con más frecuencia en el servicio.</p>
	<p>Efectuar seguimiento trimestral a los resultados del indicador. Tomar las acciones correctivas.</p>
<p>Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general</p> <p>La entidad se compromete a aunar esfuerzos y diseñar estrategias que permitan una adecuada planeación de los servicios y un equilibrio entre oferta y demanda de los mismos, de manera tal que se garantice la oportunidad de la atención especialmente en el servicio de consulta de medicina general en el tiempo establecido por la norma.</p>	<p>Verificar constantemente la capacidad instalada frente a la oferta y demanda de servicios, especialmente en el servicio de medicina general.</p>
	<p>Efectuar seguimiento al proceso de asignación de citas</p>
	<p>Verificar registro de citas de medicina general</p>
	<p>Revisión de encuestas de satisfacción y PQRSD por parte de usuarios para determinar las causas de insatisfacción.</p>

Para la vigencia 2024 no se presentó informe del Plan de Gestión Institucional para su evaluación por parte de la Junta Directiva de la entidad, amparado en lo contemplado en la Resolución No.408 de 2018, artículo 2, la cual reza lo siguiente: “Modifíquese el Artículo 3 de la Resolución No.743 de 2013, modificatoria de la Resolución No.710 de 2012, el cual quedará así: **Artículo 3.** *La Evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, a más tardar 1º de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior. Si el Director o Gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.*” Es preciso indicar entonces que el gerente de

la ESE se encuentra nombrado a través del Decreto No.0172 del 26 de marzo de 2024 como Gerente de la ESE a partir del 1 de abril de 2024, por lo que no constituyó vigencia fiscal 2024 completa por lo que no es sujeto de evaluación el informe de gestión por parte de la junta directiva, sin embargo, a través del presente informe rendirá los resultados de su gestión desde el 1 de abril de 2024 hasta el 31 de diciembre de la misma vigencia.

1.3. PLANES DECRETO 612 DE 2018

Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos institucionales y deberán publicarlos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año.

1.3.1. Plan Anual de Vacantes

La ley 909 de 2004 señala que las entidades deberán formular y actualizar los empleos vacantes de la E.SE, con el propósito de que estas puedan planificar la provisión de los cargos para la siguiente vigencia.

Para la vigencia 2024, este plan anual fue adoptado mediante Resolución No.011 del 9 de enero y ejecutado en un 83% los cuales fueron provistos y un 17% en vacancias definitivas durante la vigencia en mención.

1.3.2. Plan de Previsión de Recursos Humanos

Busca identificar los escenarios para la provisión de empleos de acuerdo con las vacantes de la planta de personal. La ley 909 de 2004 literal b), artículo 15, establece que las entidades deberán elaborar el plan de vacantes y remitirlo al departamento administrativo de la función pública, información que será utilizada para la planeación de los recursos humanos y la formulación de políticas". Este plan fue adoptado por la E.S.E el 9 de enero mediante Resolución No. 010 de 2024.

1.3.3. Plan Estratégico de Talento Humano

Busca fortalecer el talento humano de función pública, mediante implementación de planes de y políticas, con el fin de contribuir al desarrollo integral de los servidores públicos en ciclo de vida laboral, fomentando la calidad en la prestación del servicio

a través del teletrabajo y presencial. En concordancia con la estrategia institucional, este plan fue adoptado por la E.S.E el 9 de enero 2024 mediante Resolución No. 012 y ejecutado en un 90%.

1.3.4. Plan Institucional de Capacitación

El plan institucional de capacitación P.C.I lo que busca es cerrar la brecha que puedan existir entre los conocimientos, habilidades y actitudes que tenga el servidor y las capacidades puntuales que requiera en el ejercicio de su cargo, buscando el mejor desempeño de los servidores vinculados en el ejercicio de sus funciones, a través de cursos inducción y entrenamiento, que contribuyan al plan de capacitación de la entidad. Este plan fue adoptado por la E.S.E el 9 de enero 2024 mediante Resolución No. 010 y ejecutado un 80%.

1.3.5. Plan de Bienestar Social e Incentivos

El objetivo general de este plan es orientar y establecer directrices hacia el mejoramiento y condiciones de vida de los funcionarios y sus familias, mediante el fortalecimiento de las capacidades humanas, generando espacios de conocimientos, esparcimiento y estrategias que contribuyan al mejoramiento del clima organizacional, buscando un aumento de la productividad, innovación y al logro de valores institucionales. Este plan fue adoptado por la E.S.E el 9 de enero 2024 mediante Resolución No.014, y fue ejecutado en un 100%.

1.3.6. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

Riesgo de incumplimiento de las normas en el Sistema General de Riesgos Laborales y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGST

Decreto 1072/2015
Resolución 0312/2019

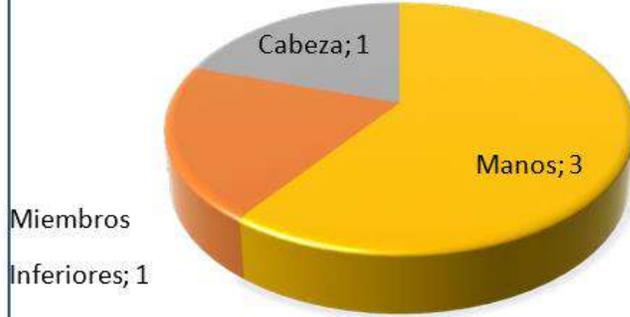


Resolución 3100 Sistema único de habilitación
Ley 100 de 1993 SGSS
Ley 1164 de 2007 Disposiciones en materia del talento humano en salud
Entre otras

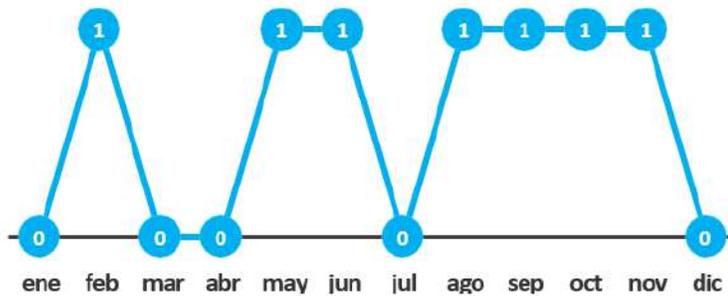


Riesgos Biológicos,
Riesgos Mecánicos
Riesgos Ergonómicos
Riesgos Físicos,
Riesgos de seguridad
Riesgos Psicosociales

PARTE DEL CUERPO AFECTADA - 2024



Comportamiento accidentalidad x Mes 2024



ACTIVIDADES	FECHA	CUMPLIMIENTO	ASISTENTES
Revisión documental al SVE Biológico	23-mar	100%	1
Capacitación Integral teórico practica a la Brigada de Preparación y Respuesta a Emergencias en: Primeros Auxilios Control de Fuego Evacuación	29/03 05/05	100%	11 14
Capacitación de Riesgo Psicosocial enfocada en prevención de la salud Mental y Manejo de Emociones, dirigido a médicos y personal administrativo del hospital	13-abr	100%	27
Capacitación al Comité de Convivencia Laboral enfocada en funciones, roles y prevención del acoso laboral	13-abr	100%	4
Campaña de manejo de cortopunzantes	12-may	100%	21
Asesoría en el Asesoría en el Diseño Plan Estratégico de Seguridad Vial, control operacional Asesoría en estándares de seguridad vial, gestión del riesgo y mantenimiento. Implementación y Ejecución: Diseño Plan anual de trabajo Definición de Responsabilidades, competencia y comportamiento	12/05 - 15/05	100%	1
ASESORIA SG-SST: Asesoría para la conformación del COPASST O VIGIA OCUPACIONAL Se envía correo electrónico con la cartilla Funciones del Copasst Funciones del COPASST Qué tipos de reuniones debe realizar el COPASST	30-may	100%	1
ASESORIA OBLIGACIONES Y DEBERES EN EL SG-SST: Se envía correo con el instructivo para diligenciar el plan de mejoramiento según resolución 0312 de 2019, en la plataforma virtual del SG-SST, Colmena Gestión	30-may	100%	1
Taller de intervención psicosocial con metodología lúdica dirigido a los trabajadores de la E.S.E Hospital San José en los siguientes temas: Comunicación Asertiva y Trabajo en Equipo 6 h Humanización de los Servicios de Salud y Buen Trato. 6 h	23-jun	100%	37
Asesoría intervención psicosocial con metodología lúdica en prevención de la Salud mental y manejo de las Emociones dirigida al personal del Hospital San José de San Bernardo del Viento.	26-jun	100%	16

<p>Taller de intervención psicosocial con metodología lúdica en la jornada de SST del Hospital, dirigida a todos los trabajadores en los temas de:</p> <p>1 stand Riesgo biológico</p> <p>1 stand prevención de Lesiones Osteomusculares</p> <p>1 stand Manejo del Estrés y prevención de la Fatiga Laboral: Samuel Pineda</p> <p>1 stand Estilos de vida saludable: Tulia García</p>	4-oct	100%	55
<p>Asesoría del SVE para la prevención de Desórdenes musculoesqueléticos: Capacitación en Higiene postural y taller de pausas activas Actividad lúdica pedagógica en la jornada de la SST</p>	4-oct	100%	48
<p>Asesoría documental en el Programa para el manejo seguro de sustancias químicas, Diagnostico del Programa.</p>	17-oct	100%	1
<p>Asesoría SVE-DME para la prevención de Desórdenes musculoesqueléticos, se hace visita de asesoría, revisión documental SVE, asesoría en el diligenciamiento del manual del SVE DME, seguimiento de tabulación encuesta osteomuscular y de los formatos de inspecciones administrativos.</p>	16-nov	100%	1
<p>Presentación o Asesoría del SVE para la prevención de Desórdenes musculoesqueléticos: Asesoría en diligenciamiento del manual protocolo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Desorden Musculo esquelética, revisión y seguimiento de tabulación encuestas osteomuscular y de los formatos de inspecciones administrativos y operativos</p>	16-nov	100%	1
<p>Asesoría para la conformación del Copasst: Capacitación en funciones y responsabilidades al comité, taller de investigación de AT, Capacitación en inspecciones de seguridad Socialización del cronograma de actividades del Comité</p>	16-nov	100%	4
<p>Capacitación en prevención de lesiones osteomusculares</p> <p>Taller de pausas activas</p> <p>Taller lúdico Pedagógico</p>	5-dic	100%	27
<p>se realiza asesoría en activación en estándares mínimos</p>	13-	100%	1

plataforma colmena gestión	dic		

Programa de sustancias químicas, simulacro de emergencias



• JORNADA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



6. MEDIMOS LOS RESULTADOS



AVANCE SGSST



REGISTRÓ DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN

Ciudad: San Bernardo
 Empresa: ESE Hospital San José
 Contrato: 103841
 N° de Orden de Servicio: 1556225

Facilitador: Leonardo Barja
 Teléfono: 3002437080
 Tema: Seguridad Vial

Fecha: 15/11/24
 Hora de Inicio: 8:00 am
 Hora Fin: 1:00 pm

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Darami Herrera Julio	505120231	Presupuesto	Darami Herrera J.
2	Natalia Barros Gómez	1003561839	facturacion	Natalia Barros
3	Diez Hobejo SEGURA	1070822591	FINANCIERA	Diez Hobejo
4	Mariano Zurita Amela	706372767	Contratación	Mariano Zurita
5	Nelvis Herrera Altagracia	50971128	Facturación	Nelvis Herrera
6	Nilagro dejesus Ojogo	50.969.282	facturación	Nilagro Ojogo
7	Moises Amador Ramos Mardunaga	707082910	Apoyo en PIM	Moises Amador
8	Juan Alupres Ojogo	1069502282	Recepción	Juan Alupres
9	Diana Alejandra Valencia	1007691890	Recepción	Diana Valencia
10	Andrés J. A. Llo	7063268479	Medico	Andrés Llo
11	Primer Andra Cecilia Ariado	1007451569	medico	Primer Andra
12	Glorias Maello Marquez	1070820518		Glorias Maello
13	Genia & Julia Ojogo	26.136.267	Equipamiento	Genia & Julia
14	Sandra Lopez HD3	50968711	Auxiliar en F	Sandra Lopez
15	Carolina Casallas	1063170642	Odontólogo	Carolina Casallas
16	ROSA ANTONIO GOMEZ	7193482857	odontólogo	Rosa Antonio
17	Juan Jose Torres Garcia	107082907	odontólogo	Juan Jose Torres
18	Laura del Pólar Petro	1070822845	Higiene Oral	Laura del Pólar
19	Green Pardo Lora	26135540	dey de dentología	Green Pardo
20	Jose Luis Escobar Altagracia	738947353	Odontólogo	Jose Luis Escobar

2. ATENCION EN SALUD

2.1. Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud desarrolladas durante la vigencia 2024

El sistema de salud colombiano se caracteriza por una marcada fragmentación en la atención en salud, que se hace evidente en la falta de intercambio de la información entre prestadores y aseguradores, en las barreras que enfrentan los pacientes para las remisiones y en la falta de comunicación entre los diferentes prestadores lo cual crea reprocesos.

A partir de la Resolución 3280 de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó unos lineamientos para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal y tiene como objetivo la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Dentro de la normatividad vigente, se manejan 6 momentos del curso de vidas para las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, definidas de la siguiente manera:

PRIMERA INFANCIA (edad de 0-5 años) Año 2024				
VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGRADA	META EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Promoción y apoyo a la lactancia materna	1726	1980	115
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERIA	Tamizaje para hemoglobina 6-23M Aplicación de flúor , profilaxis y remoción de placa bacteriana, Aplicación de sellantes Vacunación	1890	1818	96
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	suplementación con micronutrientes Desparasitación intestinal Agudeza visual Educación individual	1139	1198	105

Fuente: Software Xenco

En el programa de primera infancia para el año 2024 se evidencia que se alcanzaron coberturas óptimas para las valoraciones integrales por enfermería y medicina

general. El servicio de odontología alcanzó una buena cobertura del 105% en las actividades.

INFANCIA (6 a 11 años) AÑO 2024

VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGRADA	META EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Hemoglobina y hematocrito Aplicación de flúor, profilaxis y remoción de placa bacteriana, Aplicación de sellantes Vacunación Agudeza visual Educación individual	769	912	119
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERIA		851	843	99
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA		1324	1206	91

Fuente: Software Xenco

Se observa para la infancia un cumplimiento óptimo para las actividades de valoración por medicina general y enfermería, en cuanto a las valoraciones por odontología se logró el 91% de cumplimiento en las actividades.

ADOLESCENCIA (12 a 17 años) AÑO 2024

VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGRADA	META EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Prueba rápida treponémica , pruebas rápidas VIH asesorías pre y post test de VIH prueba de embarazo Asesoría en anticoncepción primera vez y control Implante subdérmico(EPS) Suministro de anticonceptivos orales e inyectables suministro de preservativos Hemoglobina y hematocrito Aplicación de flúor, profilaxis y remoción de placa bacteriana, Aplicación de sellantes detartraje Vacunación Agudeza visual Educación individual	1071	939	88
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERIA		1193	632	53
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA		1026	1053	103

Fuente: Software Xenco

Para esta etapa se reflejan más las consultas de medicina general que de enfermería debido a que el paciente es captado a través de consultas de morbilidad

y el medico aprovecha la atención para canalizarlo a los diferentes programas según aplique, de igual forma existe una población captada por el programa de planificación familiar, cabe resaltar que esta es una de las poblaciones más renuentes a los programas.

JUVENTUD (18 a 28 años) AÑO 2024

VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGRADA	META EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Tamizaje de riesgo cardiovascular(glicemia , perfil lipídico , creatinina , uroanálisis) prueba rápida treponémica , tamizaje para VIH asesoría pre y post test prueba rápida para Hepatitis B y C prueba de embarazo Citología vaginal Asesoría en anticoncepción primera vez y control Implante subdérmicos(EPs)	775	1040	134
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Suministro de anticonceptivos orales e inyectables suministro de preservativos Profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje Vacunación Agudeza visual Educación individual	1529	1347	88

Fuente: Software Xenco

En el momento de vida de la juventud para el año 2024 se alcanzaron las metas propuestas por encima de un 100% de cumplimiento en medicina general; las valoraciones por odontología se mantuvieron en un buen promedio de 88%.

ADULTEZ (29 a 59 años) AÑO 2024

VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGR ADA	META EJECUT ADAS	% CUMPLIMI ENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Citología vaginal Mamografía (50 años C/2 años) valoración clínica de mama anual: 40 años tamizaje cáncer próstata(PSA)a partir de los 50 años anual	2455	2584	105
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Tamizaje de riesgo cardiovascular(glicemia , perfil lipídico , creatinina , uroanálisis) prueba rápida treponémica , tamizaje para VIH asesoría pre y post test VIH prueba rápida para Hepatitis B y C prueba de embarazo Asesoría en anticoncepción primera vez y control Implante subdérmicos(EPS) Suministro de anticonceptivos orales e inyectables suministro de preservativos Profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje Vacunación Agudeza visual Educación individual	1895	1748	92

Fuente: Software Xenco

VEJEZ (60 y mas) AÑO 2024

VALORACION INTEGRAL	Actividades	META PROGR ADA	META EJECUT ADAS	% CUMPLIMI ENTO
ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	Citología vaginal Mamografía (50 años C/2 años) valoración clínica de mama anual: 40 años tamizaje cáncer próstata(PSA)a partir de los 50 años anual	1136	1286	113
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Tamizaje de riesgo cardiovascular(glicemia , perfil lipídico , creatinina , uroanálisis) prueba rápida treponémica , tamizaje para VIH asesoría pre y post test VIH prueba rápida para Hepatitis B y C Asesoría en anticoncepción primera vez y control (POB MASCULINA) suministro de preservativos (MASCULINO) Profilaxis y remoción de placa bacteriana, detartraje Vacunación Agudeza visual educación individual	913	916	100

Fuente: Software Xenco

Durante la etapa de adultez y vejez se evidencia un cumplimiento por encima del 100% en las valoraciones integrales, esta etapa configura un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo de las personas, siendo capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, configurando sus trayectorias evolutivas personales y aprovechando las oportunidades disponibles en sus contextos.

En este curso de vida se realizan una serie de tamizajes para detectar el riesgo cardiovascular: diabetes o hipertensión arterial, de igual forma se incluyen los tamizajes para infecciones de transmisión sexual: VIH, pruebas rápidas treponémica, hepatitis B y C- tamizajes para cáncer de cérvix, mama y próstata. Esto debido a los cambios típicos de la etapa evidenciándose debilitamiento y afecciones en la visión y audición, disminución de la sensibilidad, presencia de algunos cánceres, dificultades para mantener la concentración y la retentiva) que afectan directamente el funcionamiento cotidiano, el estado de ánimo y la conducta de la personas adultas mayores sanas y con patologías crónicas, son funciones que se pueden mantener conservadas si se detecta oportunamente el riesgo y se entrenan como parte de la atención integral de la vejez.

TAMIZAJE CANCER DE CERVIX -CITOLOGIAS AÑO 2024

TAMIZAJE CANCER DE CERVIX	2023	2024
CITOLOGIAS	2671	2079
CITOLOGIAS POSITIVAS	65	43

Fuente: Software Xenco

RUTA DE ATENCION MATERNO PERINATAL

RUTA MATERNO PERINATAL	ACTIVIDAD /AÑO	2023	2024
	INGRESOS PRENATALES	400	373
	CONTROLES PRENATALES	1863	1680
	PARTOS	74	16
	CONTROL POST PARTO	54	21

Fuente: Software Xenco

Para el cumplimiento de la ruta materno perinatal existe un instrumento para unificar criterios y evaluar la adherencia a la guía, sumado a esto se realizan controles post partos a la madre y recién nacido.

Desde la oficina de promoción y mantenimiento de la salud se viene desarrollando un trabajo institucional a través del fortalecimiento de estrategias, para lograr el cumplimiento de las metas propuestas por parte de las diferentes E.P.S.; dentro de las cuales se encuentra el trabajo articulado con el equipo, contratación y capacitación continua del Talento Humano, fortalecimiento del Software que genera información (Xenco), revisión y depuración de base de datos, coordinación con los diferentes agentes educativos de las E.P.S para fortalecer la demanda inducida mediante las valoraciones integrales , visita casa a casa tanto en zona urbana y rural, articulando las acciones para el logro de objetivos.

2.2. Actividades de Salud Pública implementadas o desarrolladas durante la vigencia 2024, Coberturas de Vacunación, etc.

Programa Ampliado de Inmunización PAI

COBERTURAS DE VACUNACION, E.S.E HOSPITAL SAN JOSE, SAN BERNARDO DEL VIENTO – CÓRDOBA_ Corte Diciembre 2024

BIOLOGICOS	2023	2024
BCG	71.7%	79.6%
POLIOMIELITIS	91.4%	80.7%
PENTAVALENTE	91.4%	80.7%
ROTAVIRUS	87.6%	82,2%
NEUMOCOCO	89.6%	82,6%
TRIPLE VIRAL(SRP)	93.3%	84,4%
ANTIAMARILICA	98.7%	93.0%
HEPATITIS A	94.6%	84,6%
NEUMOCOCO R1	94.6%	84,8%
VARICELA	97.8%	90.4%
DPT R1	111.4.%	93.0%
TRIPLE VIRAL R1	94.1%	92,8%
DPT R2	111.9%	95,8%

Fuente: Coberturas vacunación diciembre 2024

Como se puede observar en la tabla para el año 2024, las coberturas de vacunación alcanzaron un porcentaje por debajo del 95% para los biológicos aplicados a los niños menores de 1 año y de 1 año mientras que para las coberturas de niños de 5 años el porcentaje a corte de diciembre 2024 se encuentra optimo con un 95,8% de cumplimiento.

Durante el año 2023 y 2024 el esquema de vacunación nacional presento varias modificaciones, además que se evidencia que en el municipio hay mucha movilidad de los niños menores de 1 año, hacia el interior del país, y realizando un análisis se ha identificado disminución del 30% en los nacimientos con respecto al año anterior 2023.

Igualmente, para el año 2024 el ministerio de salud realizo unos ajustes a la meta programática, de acuerdo a la que se vaya vacunando por los departamentos.

Durante el año 2024 se recibió varias asistencias técnicas por parte de la referente del departamento, donde se revisan las metas mensuales del municipio observando una tendencia hacia la baja, por lo cual es necesario la articulación con los diferentes actores claves del sistemas (Juntas de acción comunal, comisaria de familia, programa renta ciudadana, policía de infancia, secretaria de salud municipal, EPS , entre otros actores para que el próximo año se puedan lograr coberturas optimas en todos los biológicos, dada la importancia de que los niños se encuentren protegidos contra enfermedades prevenibles.

Dentro de las principales dificultades que como entidad vacunadora se han identificado la baja participación comunitaria, falta de caracterización de la población de San Bernardo del viento, con el fin de establecer cuál es la población susceptible al programa, se viene realizando unos censos de canalización casa a casa para la identificación de población susceptible y saber con qué población contamos realmente. Por otro lado, la falta de articulación y compromiso de los actores que hacen parte del programa de vacunación, ha afectado de manera significativa para lograr coberturas optimas, por ello se reactivó el comité PAI municipal y se está contando con el acompañamiento de la referente departamental de vacunación donde se viene trabajando para fortalecer falencias y aunar esfuerzos para el cumplimiento de la meta municipal y departamental.

La ESE Hospital San José cuenta con un equipo extramural de 4 vacunadoras con sus respectivos vehículos para su transporte y se establecieron unas metas para cada vacunador y cronograma de salidas extramurales para fortalecer las coberturas esperadas.

Las estrategias que se vienen trabajando son: Seguimiento a la cohorte de nacidos vivos y menores de 5 años , Censo de canalización casa a casa (Apoyo de actores),

Capacitaciones y entrenamientos, reactivación comité PAI municipal , participación en Jornada Nacionales de vacunación e intensificación, perifoneo en las diferentes jornadas, disponibilidad de servicio de vacunación fines de semana, disposición de biológicos en el puesto de salud rurales, , Conformar un grupo de trabajo fortalecido, Contratación fija del talento humano para el programa de Vacunación , Seguimiento estricto de la base de datos , fortalecimiento en la veracidad de la información de los censos realizados, y la implementación de vacunación en todos los puestos rurales de la ESE.

Vigilancia Epidemiológica

EVENTOS EPIDEMIOLOGICOS	AÑO	
	2023	2024
IRA	2603	1905 ↓
EDA	922	162 ↓
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	122	138 ↑
INTOXICACIONES	38	49 ↑
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	40	61 ↑
INTENTO DE SUICIDIO	14	10 ↓
VARICELA INDIVIDUAL	12	38 ↑
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	5	6 ↑
TUBERCULOSIS	1	2 ↑
SIFILIS GESTACIONAL	5	10 ↑
DENGUE	11	20 ↑
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	11	1 ↓
ACCIDENTE OFIDICO	11	15 ↑
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	8	12 ↑
MALARIA	4	10 ↑
PAROTIDITIS	2	5 ↑
HEPATITIS B	0	8 ↑
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	5	12 ↑
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	3	1 ↓

Fuente: SIVIGILA_2023-2024

Con respecto al año anterior las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas siguen ocupando el primer lugar en los reportes

semanales evidenciándose una disminución significativa en el reporte de IRAS y EDAS para el año 2024.

En relación a las vigilancias integrada de rabia humana se identifica que el principal animal agresor son los perros, gatos, seguido de equinos, porcinos, los cuales son animales potencialmente transmisores de rabia. Se ha venido realizando articulación y capacitación con el personal asistencial y veterinario del departamento para manejo de los casos con exposiciones leves y graves y las no exposiciones.

En el año 2023 se presentaron un total de 38 casos de intoxicación, y para el año 2024 esta cifra aumento a 49 casos, especialmente por accidentes en el hogar en menores de 5 años(14niños) e intentos suicidas en adultos (35 adultos)

En cuanto a las violencias de género, para el año 2023 se presentaron 40 casos mientras que para el 2024 se incrementó a 61 el total de eventos por violencia intrafamiliar.

Dentro de las violencias que se vigilan se encuentran

- ✓ Todas las violencias sexuales y ataques con agentes químicos (independientemente del sexo o la edad de la víctima):
- ✓ Todas las violencias físicas y psicológicas contra niños, niñas y adolescentes, mujeres y personas con identidades de género y orientaciones sexuales no normativas (en el contexto de la definición de caso)
- ✓ Todos los casos de negligencia y abandono contra niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.

Frente a estos eventos se viene realizando notificación de los casos a comisaria de familia, secretaria de Salud Municipal y aviso a las autoridades competentes (fiscalía, policía) y activación de la ruta y protocolos de manejo, adicionalmente el personal se viene certificando en el curso para manejo integral a víctimas de violencia sexual.

El evento dengue y malaria ha cobrado en los últimos años mucha importancia, debido a su incremento significativo con respecto al año anterior. Convirtiéndonos en un municipio endémico para la infección, para ello se han venido desarrollando capacitaciones al talento humano y la comunidad incentivando la prevención y manejo oportuno de los casos y educando para evitarla replicación del vector.

Los intentos suicidas para el año 2024 se presentaron un total de 10 casos con respecto al año anterior esta cifra disminuyó. Los casos se han canalizado a su EPS para seguimiento y vigilancia.

Los casos de sífilis gestacional detectados se les ha realizado educación y aplicación de tratamiento oportuno para las gestantes y sus parejas y poder evitar la sífilis congénita o del recién nacido. Se viene trabajando de la mano con el área de laboratorio y el personal médico y de enfermería para que la gestante en cada trimestre se le realice la prueba rápida treponémica (sífilis) y VIH y poder detectar oportunamente el evento.

Finalmente se concluye que la notificación de eventos se ha venido fortaleciendo con las búsquedas activas institucionales a través de los RIPS mensuales, que nos están permitiendo verificar los eventos epidemiológicos no notificados, al igual que se está creando conciencia en el talento humano de notificar los eventos epidemiológicos, de igual forma se viene realizando monitoreo y capacitaciones de acuerdo a la normatividad vigente y con la disposición de los protocolos de manejo para cada evento, permitiendo mantener un sistema de vigilancia epidemiológica activa.

2.3. Indicadores de Oportunidad y Calidad de la Atención en Salud y los Servicios Prestados – Comparativo con la Vigencia Anterior

CARACTERÍSTICA	Nº	NOMBRE DEL INDICADOR	2023		2024		resultados	
			numerad	denomin	numerad	denomin	2023	2024
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	1	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general	72.901	59.387	73319	51030	1.2	1.4
	2	Oportunidad en la Atención en la consulta Odontología General	45.805	36.278	22005	18212	1.2	1.2
	3	Oportunidad en la atención en servicios de laboratorio clínico	20.079	16.917	22640	22640	1.1	1.0
	4	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	2.206	2.206	2315	2315	1.0	1.0
	5	Oportunidad en la atención de la consulta de urgencias. Triage II	38.749	2.193	464603	22205	17.6	20.9
	6	Oportunidad en la atención de la consulta de urgencias. Triage III	319.500	28.923	129434	3803	11.0	34.0

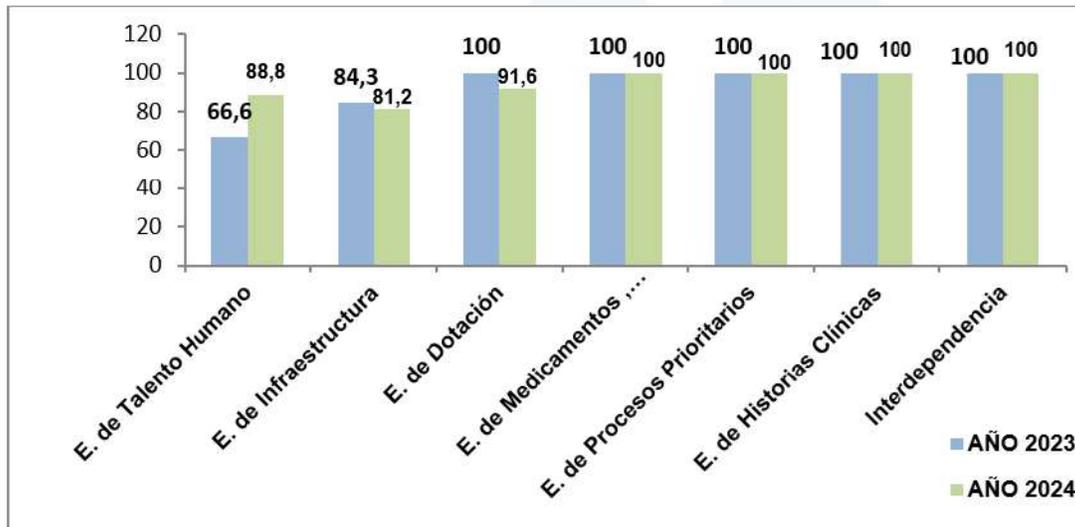
GERENCIA DEL RIESGO	7	Tasa de mortalidad hospitalaria después de 48 horas	50.985	938	0	695	0	0
	8	Tasa de infección intrahospitalaria	17.040	938	0	695	0	0
	9	índice de Eventos Adversos	18.385	938	0	695	0	0
	10	índice de Eventos Adversos: caída	1.937	938	0	695	0	0
	11	Indicé de Eventos Adversos: relacionados con la administración de medicamentos	103	938	0	695	0	0
	12	Gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de 10 semanas de gestación	230	400	227	377	57.5%	60.2%
SATISFACION / LEALTAD	13	Proporción de pacientes insatisfechos	25.301	2.650	2709	2814	1,2%	0.9
GESTION DEL RIESGO	14	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencia en menos de 72 horas.	20	32.123	39	26.008	0,06%	0.01%

% CUMPLIMIENTO ESTÁNDAR DE HABILITACIÓN RESOLUCION 3100

ESTANDAR	AÑO 2023			AÑO 2024			difere
	C	N. C	% C	C	N. C	% C	
Estándar de Talento Humano	6	3	66.6%	8	1	88.8	22.2% +
Estándar de Infraestructura	27	5	84.3%	26	6	81.2	3.1% -
Estándar de Dotación	12	0	100%	11	1	91.6	8.4% -
Estándar de Medicamentos , Dispositivos Médicos E Insumos	13	0	100%	13	0	100	0
Estándar de Procesos Prioritarios	24	0	100%	24	0	100	0
Estándar de Historias Clínicas	14	0	100%	14	0	100	0
Interdependencia	2	0	100%	2	0	100	0
Total	98	8	92.4%	98	8	92.4%	0

AÑO 2023- AÑO 2024

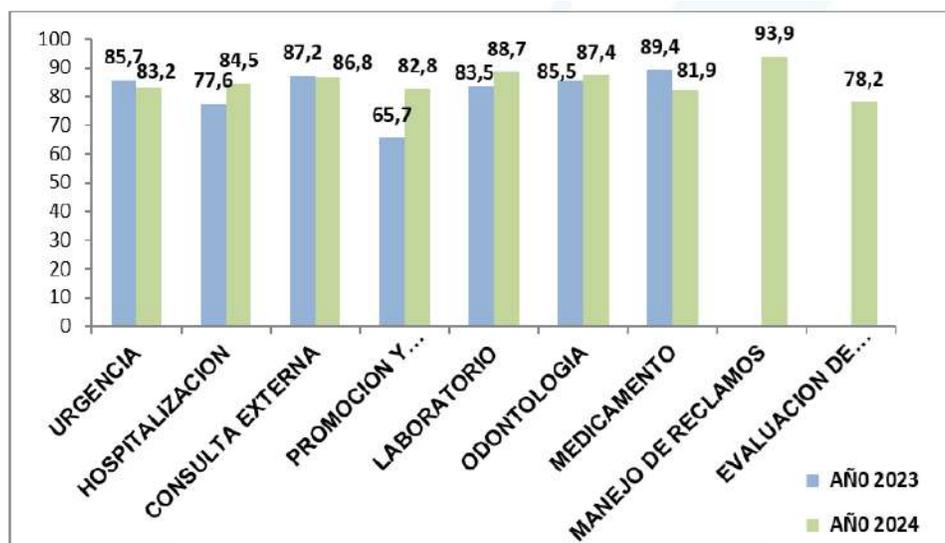
% CUMPLIMIENTO ESTÁNDAR DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 3100
ESE HOSPITAL SAN JOSE- SAN BERNARDO DEL VIENTO
AÑO 2023- AÑO 2024



% DE CUMPLIMIENTO EN AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD SEDE
PRINCIPAL
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
AÑO 2023- 2024

ORGANISMO DE SALUD	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA
URGENCIA	85,7%	83,2%	2,5% -
HOSPITALIZACION	77,6%	84,5%	6,9% +
CONSULTA EXTERNA	87,2%	86,8%	0,4% -
PROMOCION Y MANTENIMIENTO	65,7%	82,8%	17,1% +
LABORATORIO	83,5%	88,7%	5,2% +
ODONTOLOGIA	85,5%	87,4%	1,9% +
MEDICAMENTO	89,4%	81,9%	7,5% +
MANEJO DE RECLAMOS		93,9%	
EVALUACION DE NECESIDADES DEL USUARIO		78,2%	
TOTAL	82,0%	85,4%	3,4 % +

% DE CUMPLIMIENTO EN AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD SEDE PRINCIPAL
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
AÑO 2023- 2024

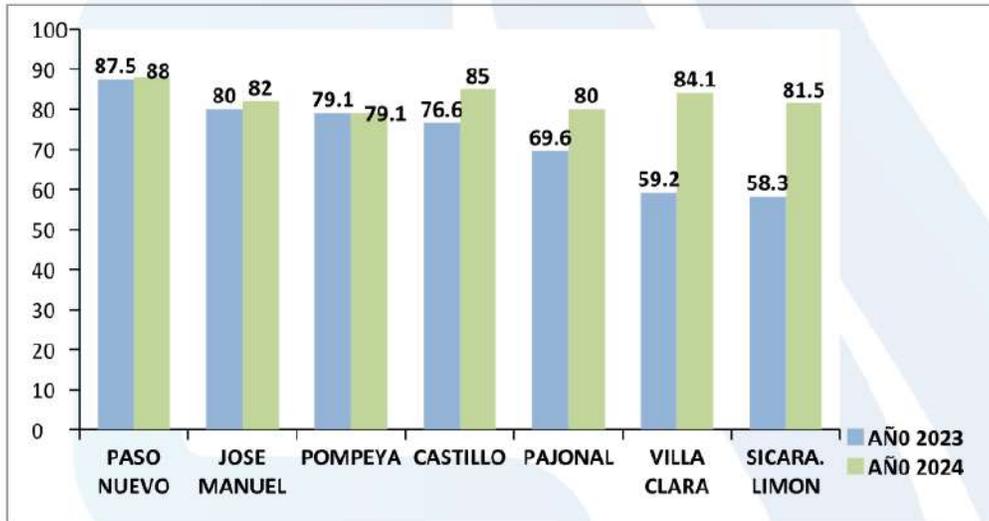


% DE CUMPLIMIENTO EN AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD ZONA RURAL
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
AÑO 2023- 2024

ORGANISMO DE SALUD	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA
PASO NUEVO	87.5%	88.0%	0.5%+
JOSE MANUEL	80%	82.0%	2.0%+
POMPEYA	79.1%	79.1%	0%
CASTILLO	76.6%	85.0%	8.4%+
PAJONAL	69.6%	80.0%	10.4%+
VILLA CLARA	59.2%	84.1%	24.9%+
SICARA. LIMON	58.3%	81.5%	23.2%+
TOTAL	72.9%	82.8%	9.9%+

% DE CUMPLIMIENTO EN AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD ZONA RURAL

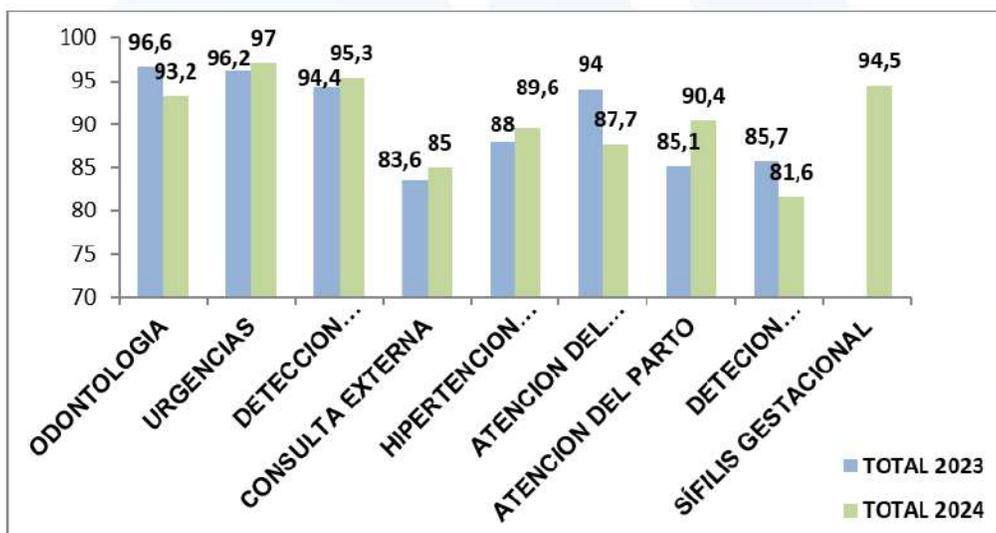
**ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
 AÑO 2023- 2024**



**% DE CUMPLIMIENTO HISTORIAS CLÍNICA Y ADHERENCIA GUIAS DE ATENCION
 ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
 AÑO 2023– 2024**

HISTORIAS CLINICAS	TOTAL 2023	TOTAL 2024	DIFERENCIA
ODONTOLOGIA	96,6	93.2%	3.4% -
URGENCIAS	96,2	97.0%	0.8%+
DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	94,4	95.3%	0.9 +
CONSULTA EXTERNA	83,6	85.0%	1.4%+
HIPERTENCION ARTERIAL	88,0	89.6%	0.4% +
ATENCION DEL RECIEN NACIDO	94,0	87.7%	6.3% +
ATENCION DEL PARTO	85,1	90.4%	5.3%+
DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL MENOS DE 10 AÑOS	85,7	81.6%	4.1%-
SÍFILIS GESTACIONAL		94.5%	0

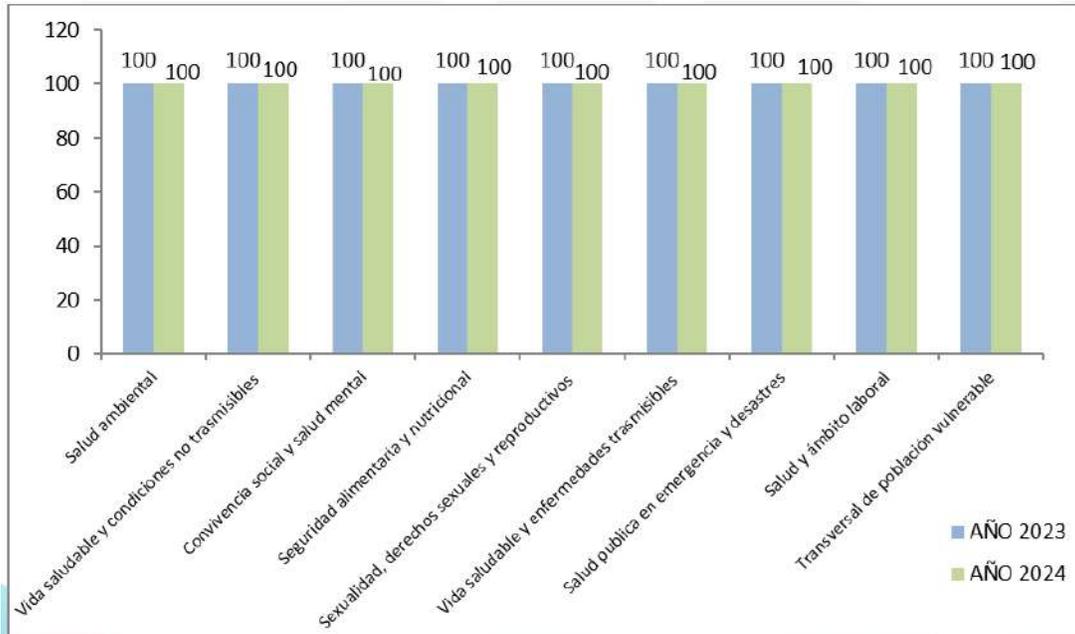
% DE CUMPLIMIENTO HISTORIAS CLÍNICA Y ADHERENCIA GUIAS DE ATENCION
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO
AÑO 2023 – 2024



% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES POR DIMENSIÓN
PIC 2023 – 2024
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO

DIMENSIÓN	PIC VIGENCIA AÑO 2023			PIC VIGENCIA 2024		
	progra	ejecut	% cumpl	progra	ejecut	% cumpl
Salud ambiental	43	43	100	468	468	100
Vida saludable y condiciones no transmisibles	890	890	100	297	297	100
Convivencia social y salud mental	78	78	100	609	609	100
Seguridad alimentaria y nutricional	385	385	100	49	49	100
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	61	61	100	3,986	3,986	100
Vida saludable y enfermedades transmisibles	1,050	1,050	100	118	118	100
Salud publica en emergencia y desastres	7	7	100	7	7	100
Salud y ámbito laboral	2	2	100	72	72	100
Transversal de población vulnerable	518	518	100	2	2	100
TOTAL GENERAL	1,985	1,985	100	5,601	5,601	100

% DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES POR DIMENSIÓN
PIC 2023 – 2024
ESE HOSPITAL SAN JOSE - SAN BERNARDO DEL VIENTO



2.4. Seguridad del Paciente y Gestión del riesgo en salud.

Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud por Servicios

Durante la vigencia 2024, en el marco del Programa de Seguridad del Paciente, se realizó un seguimiento detallado a las acciones inseguras identificadas en los diferentes servicios asistenciales de la institución.

Los registros evidencian la ocurrencia de acciones que, si bien no siempre derivaron en eventos adversos, representaron potenciales riesgos para la seguridad del paciente. Estas acciones fueron clasificadas, analizadas y notificadas conforme a los lineamientos institucionales y en concordancia con las políticas nacionales de calidad en salud.

Este análisis permite identificar servicios prioritarios para la implementación de intervenciones correctivas y de mejora continua, con el fin de reforzar las buenas

prácticas clínicas, fomentar la cultura de seguridad y prevenir futuros eventos relacionados con fallas en los procesos de atención.

Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud por Servicios 2024

Tabla 6 Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud por Servicios 2024

ACCIONES INSEGURAS ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD 2024	
EVENTOS ADVERSOS	7
INCIDENTES	3
COMPLIACION	1
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS	1
TOTAL	12

Fuente: programa de seguridad de paciente 2024

Tabla Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud por Servicios 2024



Fuente: programa de seguridad de paciente 2024

Tabla 7 Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud clasificados por Servicio 2024

ACCIONES INSEGURAS ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD POR SERVICIO 2024	
SERVICIO	CANTIDAD
ODONTOLOGIA	6
URGENCIA	4
FARMACIA	1
LABORATORIO	1
TOTAL	12

Fuente: programa de seguridad de paciente 2024

Tabla 8 Acciones Inseguras Asociadas a la Atención en Salud clasificados por Servicio 2024



Fuente: programa de seguridad de paciente 2024

INFORME DE SEGUIMIENTO AL RIESGO

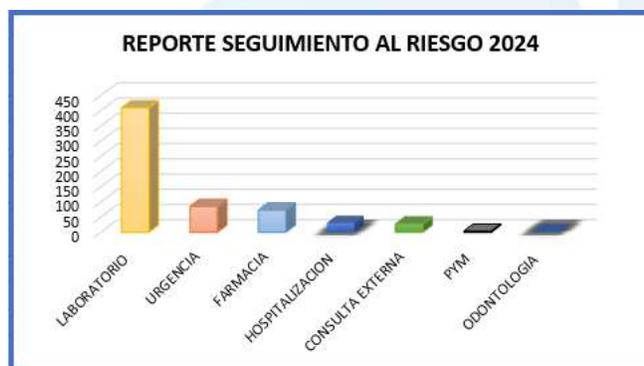
Durante la vigencia 2024 se presentaron 630 riesgos en los diferentes servicios, en comparación a la vigencia 2023 los reportes de seguimiento al riesgo aumentaron en un 26%, como resultado del despliegue de las políticas de calidad y seguridad del paciente para fomentar en la institución la cultura de seguridad durante la atención en salud.

Tabla 4. Reporte seguimiento al riesgo 2024

REPORTE SEGUIMIENTO AL RIESGO 2024	
SERVICIO	CANTIDAD
LABORATORIO	409
URGENCIA	85
FARMACIA	73
HOSPITALIZACION	31
CONSULTA EXTERNA	27
PYM	3
ODONTOLOGIA	2
TOTAL	630

Fuente: Programa de seguridad del paciente

Grafica reporte seguimiento al riesgo 2024



Fuente: programa de seguridad del paciente

REPORTE SEGUIMIENTO AL RIESGO 2023 Vs 2024



Fuente: programa de seguridad del paciente

Eventos adversos

En la ESE Hospital San José durante la vigencia 2024, se reportaron un total 7 eventos adversos los cuales fueron analizados y gestionados para minimizar los riesgos asociados a las atenciones salud, con el propósito de brindar una atención segura a nuestros usuarios.

Tabla 5 Eventos adversos vigencia 2024

		FORMATO DE EVALUACION AL SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS											VERSION 01	
		E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ											06/10/2020	
		OFICINA DE CALIDAD											MI-EV-FO-01	
													PAGINA 1 DE 1	
RIESGO		VIGENCIA 2024												
NO.	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
1	No. eventos Mes	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	7
2	No. eventos analizados	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	7
3	% cumplimiento	1	1	0	0	2	1	2	0	1	0	0	0	100
ELABORO				REVISÓ				APROBÓ						
ROSA ARTEAGA ARTEAGA				LUZ MARIANA ACUÑA MIRANDA				OMAR ENRIQUE GENES NEGRETE						
Referente Seguridad del Paciente				Asesora de Calidad				Gerente						

Fuente: Gestión eventos adversos 2024

3. CONTRATACION CON LAS EPS

INFORME DE CONTRATACION

Durante la vigencia 2024 la ese Hospital San José celebró 11 contratos cápiticos con las EPS: MUTAL SER, CAJACOPI, NUEVA EPS Y COOSALUD por un monto general de **\$ 7.843.996.241** descritos a continuación:

Tabla 1 Relación de contratación vigencia 2024

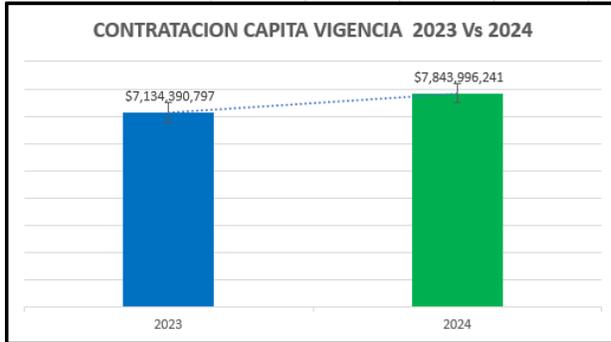
EPS-S	Nº CONTRATO	VIGENCIA	VALOR DEL CONTRATO	SERVICIOS CONTRATADOS / OBJETO DEL CONTRATO	VALOR DE UPC	No DE AFILIADOS
MUTUAL SER	20832	01/01/2024-31/12/2024	\$ 2,943,000,176	hospitalización, atención al parto, urgencia, transporte asistencial básico, imágenes diagnósticas	\$ 9,736.78	25188
MUTUAL SER	20834	01/01/2024-31/12/2024	\$ 1,867,050,544	Recuperación de la salud	\$ 8,452.17	18408
MUTUAL SER	20837	01/01/2024-31/12/2024	\$ 1,451,151,360	Promoción y mantenimiento de la salud	\$ 5,120.00	23619
MUTUAL SER	20839	01/01/2024-31/12/2024	\$ 111,363,425	Protección específica - vacunación	\$ 368.47	25186
COOSALUD	SSCO2022CR1T00021511	01/01/2024-31/12/2024	\$ 260,857,344	Recuperación de la salud	\$ 15,439	1408
COOSALUD	SSCO2022CR1T00021512	01/01/2024-31/12/2024	\$ 161,052,672	Promoción y mantenimiento de la salud	\$ 9,532	1408
COOSALUD	CSCO2023CP1T00026911	01/01/2024-31/12/2024	\$ 7,966,524	Recuperación de la salud	\$ 15,439	43
COOSALUD	SSCO2023CP1T00026726	01/01/2024-31/12/2024	\$ 4,918,512	Promoción y mantenimiento de la salud	\$ 9,532	43
CAJACOPI	RS97102021	01/01/2024-31/12/2024	\$ 85,080,864	Promoción y mantenimiento de la salud	\$ 5,704	1243
CAJACOPI	RS97092021	01/01/2024-31/12/2024	\$ 287,192,664	Recuperación de la salud	\$ 19,254	1243
NUEVA EPS	02-02-040043-2023	01/01/2024-31/12/2024	\$ 664,362,156	Recuperación de la salud Promoción y mantenimiento de la salud	\$ 24,749	2237
TOTAL			\$ 7,843,996,241			

El monto contratado en la vigencia 2024 fue por un valor de **\$ 7.843.996.241**; en comparación con la vigencia 2023 el monto contratado fue de **\$7.134.930.797**, logrando durante la vigencia 2024 un incremento de 10% que corresponden a **\$709.606.444** en la contratación con las EPS con las diferentes EPS que la ESE tiene acuerdo de voluntades tal como se describe en la siguiente gráfica:

Tabla 2 Valores contratos 2023 vs 2024

CONTRATACION CAPITA VIGENCIA 2023 Vs 2024	
VIGENCIA	MONTO ANUAL
2023	\$ 7,134,930,797
2024	\$ 7,843,996,241

Grafica 1 Valores contratos 2023 vs 2024



Fuente contratación ESE Hospital San Jose

4. ASPECTOS FINANCIEROS

4.1. Análisis Comparativo de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos vigencia 2024 frente a la vigencia 2023

EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS Y DE INGRESOS			
VIGENCIA FISCAL	2024	2023	Variación
Gastos Comprometidos	\$ 11.851	\$ 11.317	\$ 534
Ingresos Reconocidos	\$ 13.621	\$ 11.542	\$ 2.079
Ingresos recaudados	\$ 11.449	\$ 10.540	\$ 909

Analizando el resumen de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos correspondientes a las vigencias 2023 y 2024, y realizando las respectivas comparaciones, se observa que los gastos comprometidos presentaron un incremento en la vigencia 2024 por un valor de **quinientos treinta y cuatro millones de pesos (\$534.000.000)** con respecto al año 2023. Este aumento se debe principalmente a los incrementos en los salarios y honorarios del personal que labora en la entidad.

Por su parte, los ingresos reconocidos tuvieron un incremento en la vigencia 2024 por un valor de **dos mil setenta y nueve millones de pesos (\$2.079.000.000)** en comparación con el año anterior. Este aumento obedece a mejoras en el proceso

de facturación y a la suscripción de convenios con la Gobernación de Córdoba, tales como el subsidio a la oferta y el PIC departamental.

El recaudo también mostró un incremento de **novecientos nueve millones de pesos (\$909.000.000)** respecto al año 2023, como resultado de la implementación de políticas de cobro dirigidas a las EPS y del recaudo oportuno del convenio de subsidio a la oferta.

Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento

El resultado del equilibrio presupuestal con reconocimiento en la vigencia fiscal 2024 fue de **1,15**, lo que indica que por cada peso comprometido se facturaron **1,15 pesos**, evidenciando una adecuada capacidad de generación de ingresos para cubrir los gastos.

Equilibrio Presupuestal con Recaudo

El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo en la vigencia fiscal 2024 fue de **0,97**, lo que significa que por cada peso comprometido se recaudaron **0,97 pesos**, lo cual refleja una ligera brecha entre los recursos comprometidos y los efectivamente recaudados para su financiación.

4.2. Informe de Riesgo Financiero

Resolución 2509 de 2012

Art. 5 Metodología para la Categorización del Riesgo de las E.S.E.

5.1. Superávit o Déficit de la Operación Corriente

Superávit o Déficit Operacional Corriente	=	Ingresos Operacionales Corrientes Recaudados	-	Gastos Operacionales Corrientes Promedio		Ingresos por Venta de Servicios efectivamente Recaudados	+	Otros Ingresos Corrientes	+	Proyección de Recaudo de Cartera Radicada de Corto Plazo Ajustada
-402	=	\$11.449	-	\$11.851		\$10.310	+	\$915	+	\$247
				Costos de Venta		Recaudado por Venta de Servicios de Salud				Cartera de < 90 días
						\$10.310				\$309
				+ Gastos de Operación						* % de Ajuste
				\$0						80%

5.2. Superávit o Déficit de la Operación No Corriente

Superávit o Déficit Operacional No Corriente	=	Estimación de Recaudo de Cartera (radicada de largo plazo)	-	Pasivos Adquiridos en Vigencias Anteriores
\$1.705	=	\$2.622	-	\$917
		Cartera de entre 90 y 360 días		
		\$1.885		
		+ % de Ajuste		
		70%		
		Cartera > 360 días		
		\$2.605		
		+ % de Ajuste		
		50%		

5.3. Superávit o Déficit Total

Superávit o Déficit Total	=	Superávit o Déficit Operacional Corriente	+	Superávit o Déficit Operacional No Corriente
\$1.303	=	-402	+	\$1.705

5.4. Índice de Riesgo

Índice de Riesgo	=	Superávit o Déficit Total	/	Ingresos Operacionales Corrientes Recaudados
0,12	=	\$1.303	/	\$10.474

Por cada 100 pesos que ingreso, la E.S.E. gana 12,44 pesos

5.5. Superávit o Déficit Presupuestal de la Vigencia

Superávit o Déficit Presupuestal	=	Ingresos Reconocidos	-	Gastos Comprometidos
1.770,00	=	\$13.621	-	\$11.851

Categorización de Riesgo

Índice de Riesgo	Categorización
a. Mayor o igual que 0,00	Sin Riesgo
b. Entre -0,01 y -0,10	Riesgo bajo
c. Entre -0,11 y -0,20	Riesgo medio
d. Menor o igual a -0,21	Riesgo alto
e. Ingresos reconocidos menos gastos comprometidos menor que cero (0)	

Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero de la E.S.E. Hospital San José de San Bernardo del Viento

SIN RIESGO

El Hospital San José de San Bernardo del Viento, con corte al 31 de diciembre de 2024, se encuentra clasificado sin riesgo fiscal ni financiero, de acuerdo con los

resultados obtenidos mediante la aplicación de los indicadores establecidos en la Resolución 2509 de 2012. Esta herramienta, utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, permite determinar la calificación de riesgo de las entidades prestadoras de servicios de salud

CUENTAS POR COBRAR Y CUENTAS POR PAGAR		
Edades	< 360	>360
CARTERA	\$ 2.195	\$ 2.605
PASIVOS	\$ 1.637	\$ 917

En cuanto a la cartera y los pasivos correspondientes a la vigencia fiscal 2024, se observa que la **cartera corriente**, cuyo valor asciende a **dos mil ciento noventa y cinco millones de pesos (\$2.195.000.000)**, permite cubrir en su totalidad los **pasivos corrientes**, que suman **mil seiscientos treinta y siete millones de pesos (\$1.637.000.000)**, lo que refleja un superávit en esta comparación.

Por otro lado, el **pasivo no corriente**, que asciende a **novecientos diecisiete millones de pesos (\$917.000.000)**, también se encuentra cubierto por la **cartera no corriente**, la cual registra un valor de **dos mil seiscientos cinco millones de pesos (\$2.605.000.000)**

4.3. Balance General y Estado de Resultados Comparativo vigencia 2024 -2023

ENERO A DICIEMBRE DE 2024			
ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAN BERNARDO DEL VIENTO			
Nombre concepto	2023	2024	Variación
1 Activos	9632017529	11227890696	1595873167
Activo corriente	3063326259	2548531664	-514794595
...11 Efectivo y equivalentes al efectivo	182803703	205311482	22507779
.....1110 Depósitos en instituciones financieras	182803703	205311482	22507779
...13 Cuentas por cobrar	2880522556	2030893738	-849628818
.....1319 Prestación de servicios de salud	2880522556	2030893738	-849628818
.....131902 Plan obligatorio de salud (POS) por EPS - con facturación radicada	256363192	385807463	129444271
.....131904 Plan subsidiado de salud (POSS) por EPS - con facturación radicada	2337001626	879738699	1457262927

.....131909 Servicios de salud por IPS privadas - con facturación radicada	0	0	0
.....131915 Servicios de Salud por entidades con régimen especial - con facturación radicada	36455084	185138925	148683841
.....131918 Atención accidentes de tránsito SOAT por compañías de seguros - con facturación radicada	104213251	89956518	-14256733
.....131920 Atención con cargo a recursos de acciones de salud pública - con facturación radicada	80082694	0	-80082694
.....131922 Atención con cargo al subsidio a la oferta - con facturación radicada	63836559	483530283	419693724
.....131924 Riesgos laborales (ARL) - con facturación radicada	2570150	6721850	4151700
.....131928 Reclamaciones con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - con facturación radicada	0	0	0
...15 Inventarios	0	312326444	312326444
.....1510 Mercancías en existencia	0	69915908	69915908
.....151060 Medicamentos	0	0	0
.....1514 Materiales y suministros	0	242410536	242410536
.....151415 Materiales para educación	0	0	0
Activo no corriente	6568691270	8679359032	2110667762
...13 Cuentas por cobrar	2320917754	2719611230	398693476
.....1319 Prestación de servicios de salud	2370917754	2769611230	398693476
.....131902 Plan obligatorio de salud (POS) por EPS - con facturación radicada	574225383	340332565	-233892818
.....131904 Plan subsidiado de salud (POSS) por EPS - con facturación radicada	591042724	1459183011	868140287
.....131909 Servicios de salud por IPS privadas - con facturación radicada	13002500	17793100	4790600
.....131915 Servicios de Salud por entidades con régimen especial - con facturación radicada	336860142	292651603	-44208539
.....131916 Servicios de salud por particulares	0	0	0
.....131918 Atención accidentes de tránsito SOAT por compañías de seguros - con facturación radicada	330893431	452776175	121882744
.....131922 Atención con cargo al subsidio a la oferta - con facturación radicada	499003154	142334860	-356668294
.....131924 Riesgos laborales (ARL) - con facturación radicada	25890420	24498569	-1391851
.....131928 Reclamaciones con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - con facturación radicada	0	0	0
.....1386 Deterioro acumulado de cuentas por cobrar (CR)	50000000	50000000	0
.....138609 Prestación de servicios de salud	50000000	50000000	0

.....Régimen Contributivo	0	0	0
.....Régimen Subsidiado	50000000	50000000	0
...16 Propiedades, planta y equipo	4247773516	5959747802	1711974286
.....1605 Terrenos	396028718	1292530718	896502000
.....1640 Edificaciones	1563416832	2378889118	815472286
.....164001 Edificios y casas	159940000	159940000	0
.....164010 Clínicas y hospitales	1403476832	2218949118	815472286
.....1660 Equipo médico y científico	1050975877	1050975877	0
.....166002 Equipo de laboratorio	30670000	30670000	0
.....166006 Equipo de quirófanos y salas de parto	50000000	50000000	0
.....166090 Otro equipo médico y científico	970305877	970305877	0
.....1665 Muebles, enseres y equipo de oficina	732148089	732148089	0
.....166501 Muebles y enseres	145503000	145503000	0
.....166502 Equipo y máquina de oficina	584656089	584656089	0
.....166590 Otros muebles, enseres y equipo de oficina	1989000	1989000	0
.....1670 Equipos de comunicación y computación	773887000	773887000	0
.....167002 Equipo de computación	771037000	771037000	0
.....167090 Otros equipos de comunicación y computación	2850000	2850000	0
.....1675 Equipos de transporte, tracción y elevación	425477000	425477000	0
.....167502 Terrestre	425477000	425477000	0
.....1685 Depreciación acumulada de propiedades, planta y equipo (CR)	694160000	694160000	0
.....168501 Edificaciones	280023000	280023000	0
.....168505 Equipo médico y científico	0	0	0
.....168506 Muebles, enseres y equipo de oficina	30216000	30216000	0
.....168507 Equipos de comunicación y computación	303444000	303444000	0
.....168508 Equipos de transporte, tracción y elevación	80477000	80477000	0
...19 Otros activos	0	0	0
.....1970 Activos intangibles	0	0	0
.....197008 Software	0	0	0
2 Pasivos	\$ 1.674.250.631	2554721915,00	880471284
Pasivo corriente	1674250631	1903628762	229378131
...24 Cuentas por pagar	836232637	1113616767	277384130
.....2401 Adquisición de bienes y servicios nacionales	583708538	683186029	99477491
.....240101 Bienes y servicios	583708538	683186029	99477491
.....2490 Otras cuentas por pagar	252524099	430430738	177906639
.....249051 Servicios públicos	535229	535229	0

.....249055 Servicios	251988870	429895509	177906639
...25 Beneficios a los empleados	838017994	790.011.995,00	-48005999
.....2511 Beneficios a los empleados a corto plazo	838017994	790011995	-48005999
.....251101 Nómina por pagar	271222614	323642023	52419409
.....251102 Cesantías	213287204	112861796	-100425408
.....251103 Intereses sobre cesantías			0
.....251104 Vacaciones	6314177	6314177	0
.....251105 Prima de vacaciones	62592664	62592664	0
.....251106 Prima de servicios	27311631	27311631	0
.....251107 Prima de navidad	201522277	201522277	0
.....251108 Licencias	0	0	0
.....251109 Bonificaciones	55767427	55767427	0
3 Patrimonio	7483150579	8.673.168.781,00	1190018202
...32 Patrimonio de las empresas	7483150579	8673168781	1190018202
.....3208 Capital fiscal	7182903105	7393022153	210119048
.....3225 Resultados de ejercicios anteriores	90128426	90128426	0
.....3230 Resultados del ejercicio	210119048	1.190.018.202	979899154
Total pasivo y patrimonio	9157401210	11227890696	2070489486

4.4. Activos, Pasivos y Patrimonio

ACTIVO

EFFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFFECTIVO

La desagregación del efectivo y equivalentes al efectivo presentados en el estado de situación financiera individual al 31 de diciembre de 2024 y 31 de diciembre de 2023 es la siguiente:

Con respecto a los depósitos en instituciones financieras a corte 31 de diciembre del 2024, el cual relacionamos en el siguiente cuadro:

	Año 2024	Año 2023
Depósitos en instituciones financieras	205.311.482	182.803.703

Los depósitos en Instituciones Financieras, representan el valor de los fondos disponibles que se depositan en las distintas instituciones financieras, generados de los ingresos por venta de servicios de salud, necesarios para atender los compromisos adquiridos para el desarrollo y cumplimiento del objeto misional de la Institución con terceros. Teniendo en cuenta la comparación entre las dos vigencias, se puede evidenciar que, en la vigencia anterior, es mayor porque hubo disponibilidad por recuperación de cartera, procesos que no se mostró en el año actual, por tal razón, se nota la diferencia de recursos disponibles en las cuentas.

CUENTAS POR PAGAR

El valor constituido de las cuentas por pagar a 31 de diciembre del año 2024 asciende a, 2.554.721.915 de los cuales el 27% corresponde a la cuenta 2401 Adquisición de bienes y servicios, la cuenta 2490 otras cuentas por pagar participan con el 17%, la cuenta 2511 beneficios a los empleados representa el 31% del total del pasivo.

El pasivo sufrió un incremento respecto a la vigencia anterior, ya que algunos de los recursos de recuperación de Cartera que entraron a inicio de la vigencia, fueron tomados para pagos de cuentas por pagar que habían quedado pendiente de la vigencia anterior.

BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS

El Grupo 25 de Beneficios a los Empleados, cerró la vigencia 2024 con un saldo de \$790.011.995 originadas en la relación laboral en virtud de normas legales, con un porcentaje de participación correspondiente al 31% del total de cuentas por pagar.

PATRIMONIO

El patrimonio comprende el valor de los recursos públicos representados en bienes y derechos, deducidas las obligaciones, que tiene la empresa para cumplir legales inherente a su objeto social.

El saldo del Grupo 32 - Patrimonio de las Empresas, al cierre de la vigencia 2024 es de \$ 8.673.168.781, la cuenta 3230 Resultado del Ejercicio de la vigencia 2024, por un valor de \$1.190.018.202, este resultado genera un saldo positivo en el patrimonio de la empresa respecto al año anterior.

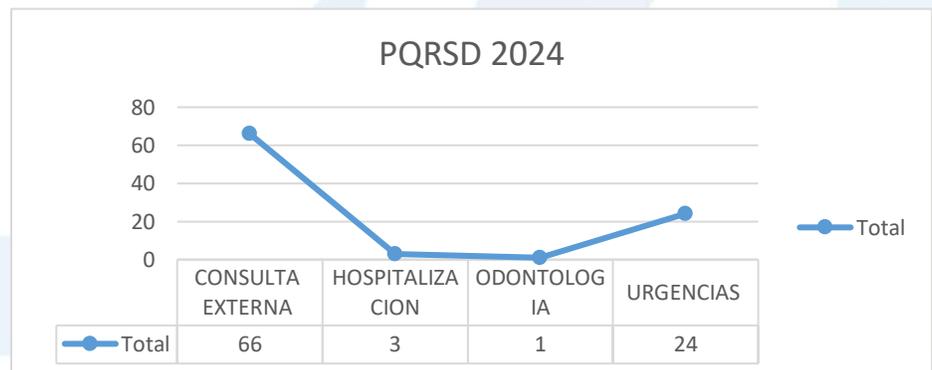
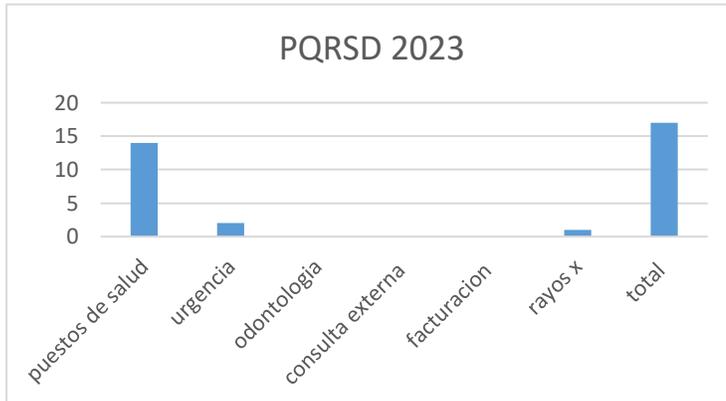
4.5. Estado de Resultados

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE SAN BERNARDO DEL VIENTO				
NIT. No. 891.000.499-4				
ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA,				
ECONOMICA Y SOCIAL COMPARATIVO				
ENERO 1 A DICIEMBRE 31 DE 2024				
		DIC. 31-2023	DIC.31 2024	Variación Relativa
4 INGRESOS		11.491.138.855	13.217.049.887	1.725.911.032
				0
43. VENTA DE SERVICIOS		10.818.978.671	12.483.502.033	1.664.523.362
				0
4312. Servicios de salud		10.818.978.671	12.483.502.033	1.664.523.362
				0
44. TRANSFERENCIAS		672.160.184	733.547.854	61.387.670
				0
4430. Transferencias y subvenciones		672.160.184	733.547.854	61.387.670
				0
48. OTROS INGRESOS		0	-	0
				0
				0
4805. Financieros		0		0
4808. Diversos		0	-	0
4815. Aportes del ministerio		-		0
				0
				0
5 GASTOS		7.590.191.141	7.619.346.601	29.155.460
				0
51. ADMINISTRACION		7.590.191.141	7.619.346.601	29.155.460
				0
5101. Sueldos y salarios		2.876.116.595	2.529.408.666	-346.707.929
5102. Contribuciones Imputadas		0	-	0
5103. Contribuciones efectivas		0	-	0
5104. Aportes sobre nomina		114.315.410	103.395.680	-10.919.730
5107. Prestaciones Sociales		0	-	0

5108. Gastos de personal diversos		2.799.636.903	-	-2.799.636.903
5111. Gastos generales		1.780.195.763	4.934.607.096	3.154.411.333
5120. Impuestos, cont. Y tasas		19.926.470	51.935.159	32.008.689
53. DEPRECIACION		0	-	0
				0
5360. Depreciación acumulada		0	-	0
				0
58. OTROS GASTOS		0	-	0
				0
5805. Financieros		0		0
5808. Otros gastos ordinarios		0		0
				0
				0
6 COSTOS DE VENTA		\$ 3.690.828.666	4.407.685.084	716.856.418
				0
6310. Servicios de Salud		\$ 3.690.828.666	4.407.685.084	716.856.418
				0
				0
				0
EXCEDENTE (DEFECIT) DEL EJERCICIO		210.119.048	1.190.018.202	979.899.154

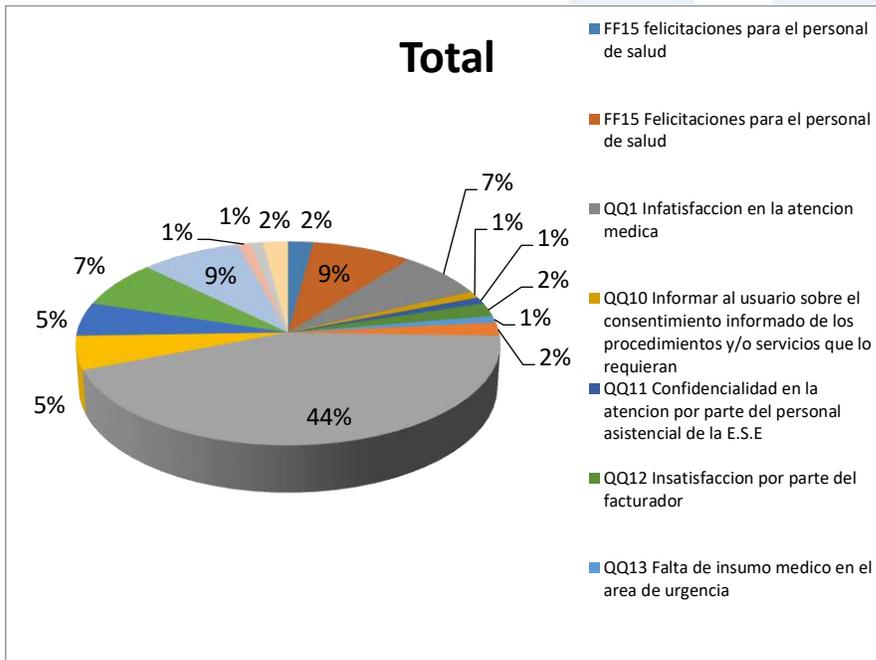
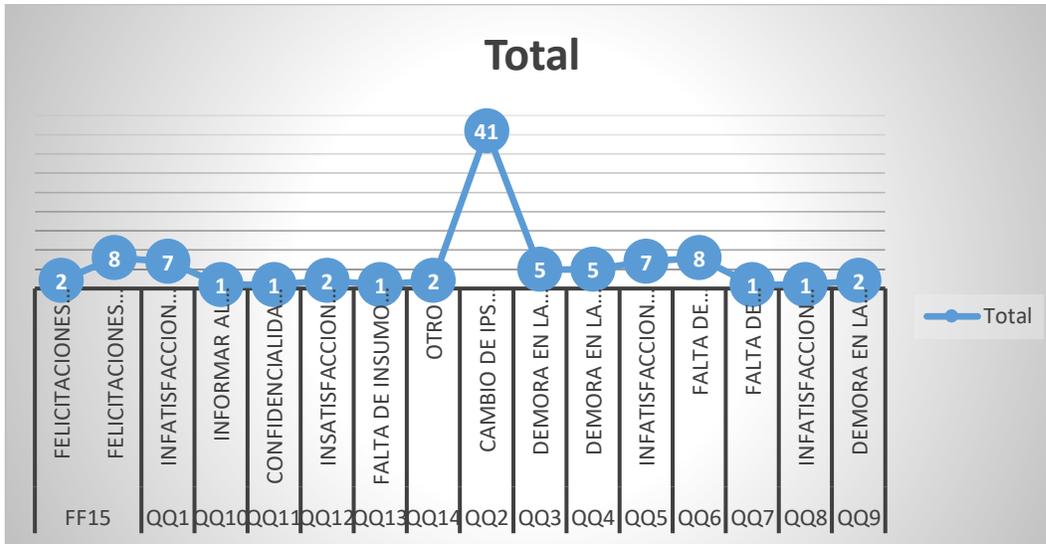
5. SATISFACCION DE USUARIOS

5.1. Gestión de las PQRSD – Análisis comparativo del comportamiento de las PQRSD presentadas vigencia 2024 frente a la vigencia 2023.



Las quejas recibidas a través del buzón o directamente en la Oficina de Atención al Usuario son analizadas por el coordinador de SIAU y remitidas al coordinador o jefe del área correspondiente, con el fin de que se realicen las investigaciones y correctivos necesarios. De esta manera, se puede brindar una respuesta adecuada al usuario sobre lo sucedido e implementar un plan de mejora que prevenga la repetición de este tipo de situaciones en el futuro.

5.2. Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias durante la vigencia 2024



5.3. Mecanismos de atención prioritaria para personas con derecho de atención prioritaria o preferencial utilizados en la ESE durante la vigencia 2024

En la E.S.E. Hospital San José contamos con un Protocolo de Atención Diferencial y Preferencial, el cual está enmarcado en el reconocimiento de poblaciones con características particulares de marginalidad y vulnerabilidad.

Por tal razón, desde la Gerencia existe un compromiso con la atención y asistencia integral en salud a mujeres, niños, niñas, jóvenes, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, campesinos, líderes sociales, miembros de organizaciones sindicales, defensores de derechos humanos, víctimas de desplazamiento forzado, habitantes de calle o personas en condición social desventajosa.

Dentro del protocolo se establecen mecanismos y estrategias como la capacitación al personal asistencial y administrativo, con el fin de eliminar actos discriminatorios y disminuir las barreras de acceso o cualquier forma de exclusión en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, se cuenta con una ventanilla preferencial en las diferentes áreas de la E.S.E. Hospital San José y en los puestos de salud.

5.4. Numero de Asociaciones de usuarios vigente en la ESE

La E.S.E. Hospital San José cuenta con un Comité de Alianza de Usuarios.

5.5. Informe de logros obtenidos como producto del trabajo entre la ESE y la alianza o asociación de usuarios

- Durante el año 2024, se logró vincular a dos nuevos integrantes, lo que ha fortalecido la Alianza de Usuarios.
- Se logró articular con entidades territoriales del municipio (secretaría de salud) para trabajar en conjunto por el derecho de la salud de forma integral de todos nuestros usuarios.
- Se otorgaron incentivos económicos o simbólicos como reconocimiento a la participación y al compromiso de cada uno de nuestros integrantes a finales de 2024.
- Se atendieron quejas de los usuarios y vigilaron que se tomaran correctivos del caso en los tiempos establecidos.

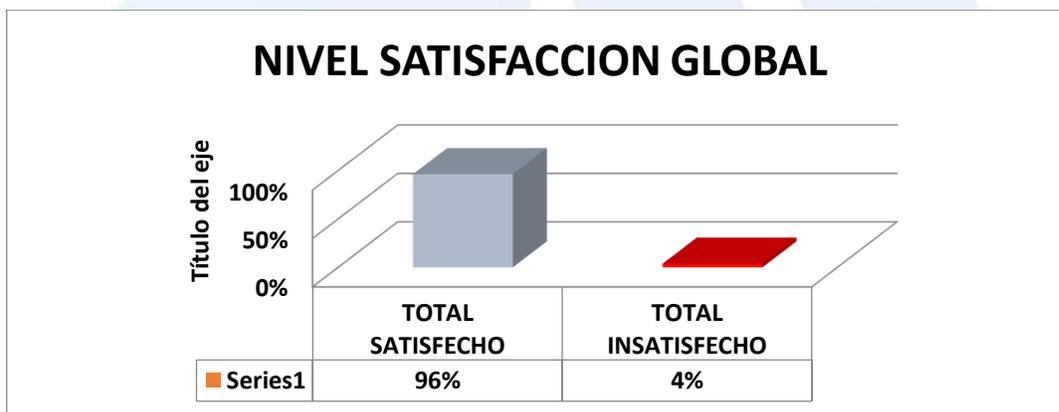
- Se logró que los miembros de la Alianza fueran reconocidos como un apoyo valioso en la prestación de los servicios de salud, fortaleciendo así el vínculo entre los usuarios y el personal institucional, y promoviendo una participación más activa y efectiva en los procesos de mejora continua.

5.6. Medición de la satisfacción de los Usuarios - Informes de encuestas de satisfacción

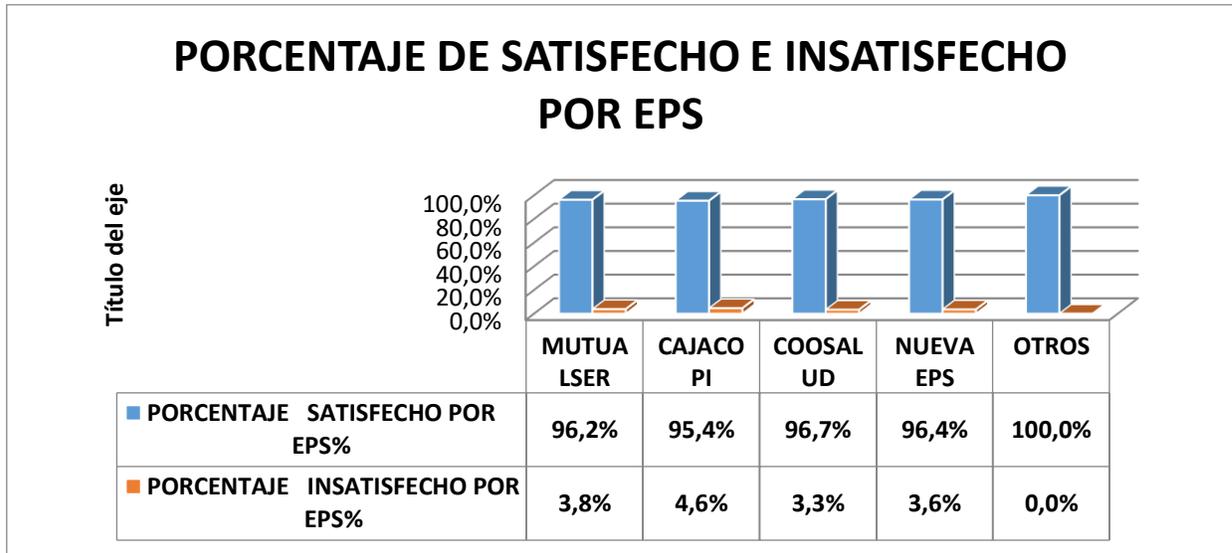
Consolidado de Encuestas de Satisfacción Vigencia 2024

CONSOLIDADO DE ENCUESTAS																								
EMPRESA	SEXO		ZONA		FIDELIDAD (RECOMIENDA LOS SERVICIOS)			URGENCIAS		HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA		LABORATORIO		ODONTOLOGIA		TOTAL SATISFECHO	TOTAL INSATISFECHO	SUMATORIA POR EPS	PORCENTAJE SATISFECHO	PORCENTAJE INSATISFECHO		
	FEMEMINO	MASCULINO	URBANA	RURAL	SI	NO	SUMATORIA FIDELIDAD EPS	% FIDELIDAD (SI) POR EPS	% FIDELIDAD (NO) POR EPS	SATISFECHO	INSATISFECHO	SATISFECHO	INSATISFECHO	SATISFECHO	INSATISFECHO	SATISFECHO	INSATISFECHO							
MUTULSER	181	559	1270	450	1731	19	1750	98,8%	1,2%	208	19	119	5	790	41	227	0	210	1	1584	55	1250	95,2%	3,8%
CAJACDOI	231	83	385	101	283	1	284	99,6%	0,4%	49	2	23	0	120	11	48	0	39	0	271	13	284	95,4%	4,6%
COOSALUD	158	72	189	71	268	1	270	99,6%	0,4%	33	0	27	0	102	5	43	0	56	0	261	3	270	96,7%	3,3%
MEVA EPS	355	152	393	152	541	6	547	98,8%	1,2%	92	3	29	1	201	14	95	0	72	0	489	18	507	96,4%	3,6%
OTROS	2	1	2	1	3	0	3	100,0%	0,0%	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	100,0%	0,0%
TOTAL GENERAL	1917	667	2009	805	2787	27				400	24	190	6	1156	75	515	0	371	1	2709	106			
TOTAL ENCUESTADO POR PORCENTAJE			2011		2014					492		204		1231		515		372		2814				
			71,4%	28,6%	99%	1%				35%	5%	37%	3%	34%	6%	100%	0%	100%	0%	96%	4%			

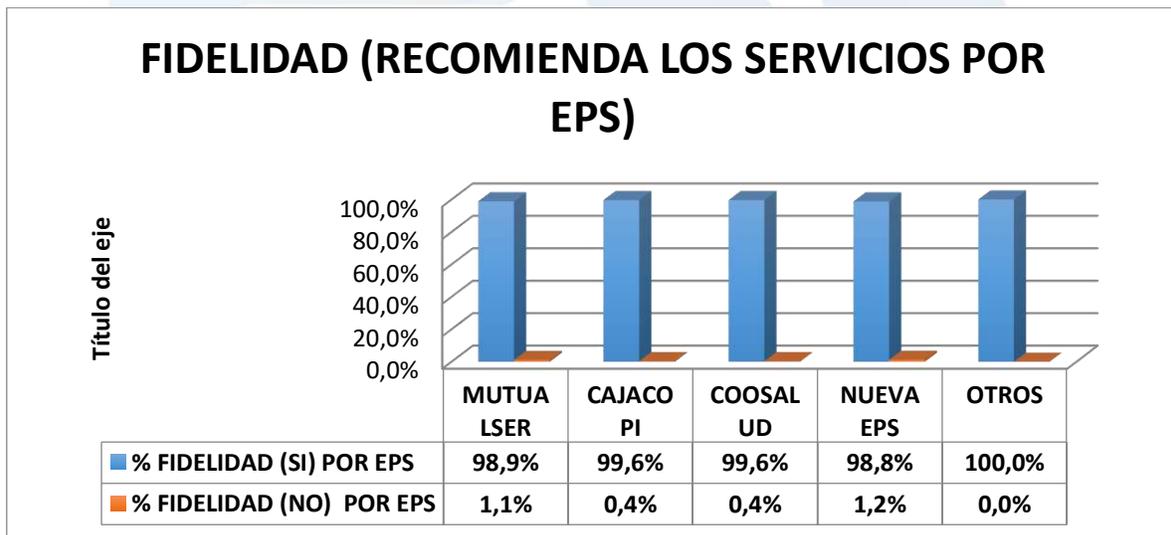
- Nivel de Satisfacción Global



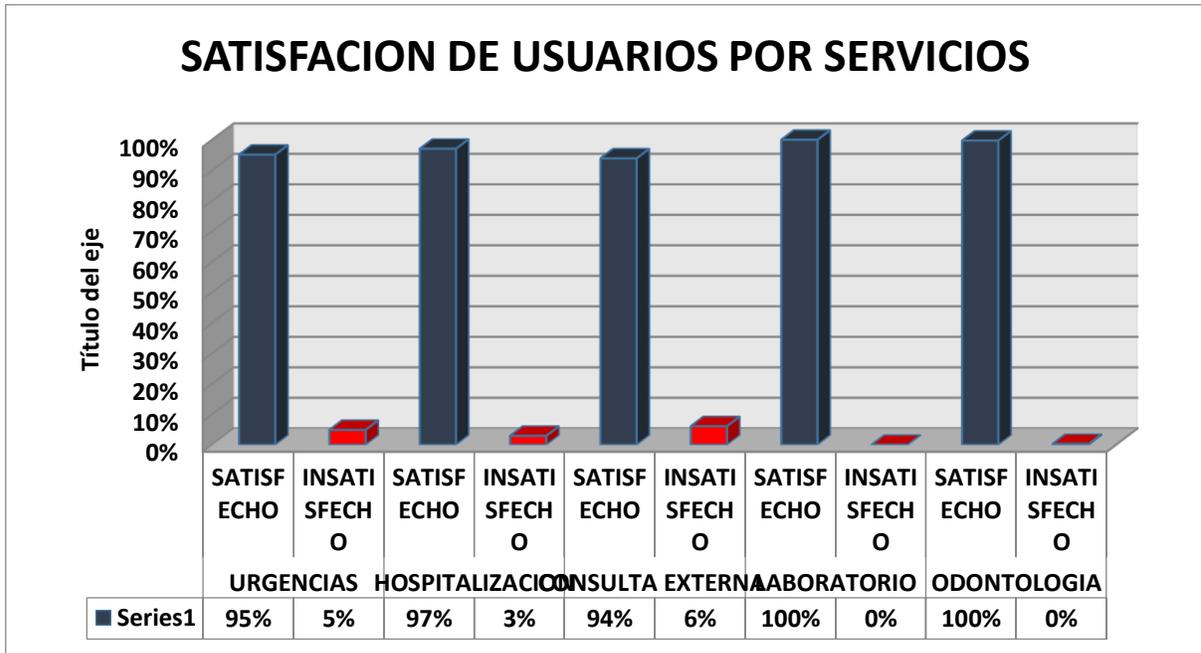
Porcentaje de Satisfacción por EPS Vigencia 2024



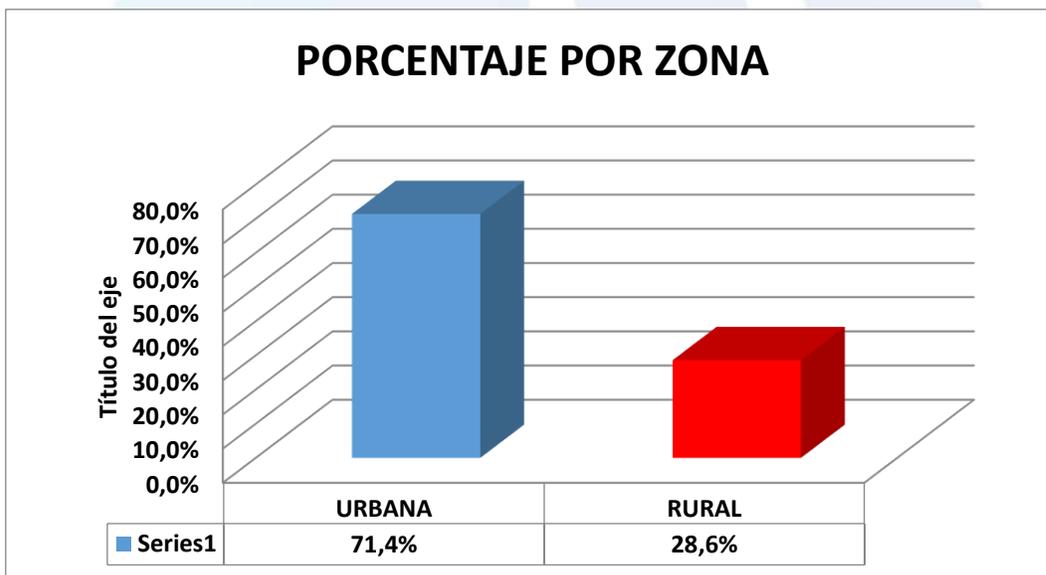
Porcentaje de Fidelidad Vigencia 2024



Porcentaje de Satisfacción de Usuarios por Servicios Vigencia 2024



Porcentaje de Fidelidad Vigencia 2024



Durante la vigencia 2024, se aplicaron un total de 2.814 encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios de la E.S.E. Hospital San José. De estas, 2.708 encuestas (96%) reflejaron una percepción mayoritariamente positiva por parte de los usuarios, mientras que 106 encuestas (4%) evidenciaron niveles de insatisfacción, lo que representa una oportunidad para realizar ajustes y mejoras específicas.

Las principales causas de insatisfacción reportadas están relacionadas con los tiempos de espera en los servicios de consulta externa y urgencias, por lo cual se estableció un plan de seguimiento continuo orientado a mantener e incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios.

6. CONTROL INTERNO

6.1. Auditorías Internas Efectuadas

La Oficina de Control Interno – OCI programó para la vigencia fiscal 2024, siete (7) auditorias basadas en riesgos a los procesos institucionales que hacen parte de cada una de las diferentes áreas o dependencias así: Gestión Contractual, Gestión del Sistema de información y Atención al Usuario (SIAU), Gestión Jurídica, Gestión Financiera, Gestión de Recursos Físicos, Gestión de Recursos Humanos y Gestión de Sistemas, los cuales reflejaron un total de 37 observaciones detectadas, a saber:

Auditorías internas basadas en riesgos Proceso/ Área /Dependencia	Observaciones detectadas
Gestión Financiera y Facturación	4
Gestión Contractual	5
Gestión Jurídica	4
Gestión de Recursos Físicos	4
Gestión de Recursos Humanos	7
Gestión de Sistemas	6
Gestión del Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU)	7
TOTAL	37

Fuente: Programación Anual de Auditorías Internas vigencia 2024

6.2. Avances Planes de Mejoramiento auditorías internas y externas

La entidad suscribió durante la vigencia fiscal 2024, siete (7) planes de mejoramientos internos producto de los procesos auditores efectuados por la oficina de control interno a cada una de las áreas o dependencias que hicieron parte del universo de auditoría y que quedaron priorizadas a efectuar durante la vigencia 2024, con el objetivo de subsanar las observaciones detectadas. Así mismo la entidad suscribió plan de mejoramiento externo con la Contraloría Departamental de Córdoba producto del proceso auditor efectuado por este órgano de control. Al cierre de la vigencia fiscal 2024 el estado de cada uno de los planes de mejoramiento suscritos tanto para auditorías internas como externas se muestran a continuación:

Auditorías internas Proceso/ Área /Dependencia	Observaciones Detectadas	Estado de la Acción	
		Cerrada (C)	Abierta (A)
Gestión Financiera y Facturación	4	0	4
Gestión Contractual	5	3	2
Gestión Jurídica	4	2	2
Gestión de Recursos Físicos	4	1	3
Gestión de Recursos Humanos	7	2	5
Gestión de Sistemas	6	0	6
Gestión del Sistema de Información y Atención al usuario (SIAU)	7	5	2
TOTAL	37	13	24

Fuente: Planes de mejoramiento suscritos Auditorías Internas vigencia 2024

Auditoría Externa de cumplimiento y pronunciamiento de la cuenta – ESE HOSPITAL SAN JOSE	Observaciones Detectadas de tipo administrativo	Estado de la Acción	
		Cerrada (C)	Abierta (A)
Resultados Informe de Cumplimiento	7	0	7
Resultados Informe de Estudio y pronunciamiento de la cuenta	3	0	3
TOTAL	10	0	10

Fuente: Plan de mejoramiento suscrito Auditorías Externa vigencia fiscal auditada 2023

6.3. Presentación de Informes de Ley

La oficina de Control Interno OCI es la responsable de preparar informes de Ley que deben ser presentados a entes externos y al interior de la entidad. Estos informes tienen periodicidad anual, trimestral, semestral o cuatrimestral establecida de acuerdo a la normativa. Se cumplió con el 100% de los informes rendidos.

A continuación, se enlistan los informes de Ley presentados por la oficina de Control Interno durante la vigencia 2024:

Informes de Ley	Periodicidad	Informes Programados	Informes Elaborados y presentados/Rendidos
Informe de Austeridad y eficiencia del gasto publico	Trimestral	4	4
Informe de Evaluación independiente del Estado del Sistema de Control Interno – Circular Externa 100-006 de 2019	Semestral	2	2
Informe de Derechos de Autor	Anual	1	1
Informe de Medición del Estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno MECI en el marco de MIPG a través del FURAG	Anual	1	1
Informes de gestión y tramites de PQRSD	Trimestral	4	4
Informe de Rendición de Cuentas – Contraloría D/ptal	Anual	1	1
Informe de Rendición de Cuentas Publica	Anual	1	1
Informe Operativo Anual	Anual	0	0
Informe de ejecución del Plan Anual de Auditorias	Semestral	2	2
Informe Anual de Control Interno	Anual	1	1
Total		17	17

Fuente: Plan Anual de Auditorías Internas – Informes, seguimientos y actividades OCI vigencia 2024

6.4. Informes de Seguimiento

El plan anual de auditorías internas también incluye las actividades que, de acuerdo con la normativa, la oficina de control interno OCI, debe evaluar y hacer seguimiento mediante informes que deben ser emitidos de acuerdo con las periodicidades y las fechas establecidas por normativas o dispuestas por los órganos de control. Para la vigencia 2024 se tuvo un cumplimiento del 100% en la ejecución de los seguimientos realizados como se describe a continuación:

Seguimientos	Periodicidad	Seguimientos Programados	Seguimientos realizados
Programación de reuniones y ejecución Comité institucional de coordinación de control interno	3 veces al año, o cuando se requiera reunir al comité	3	3
Seguimiento y verificación cumplimiento planes del Decreto 612 de 2018	A más tardar 31 de enero de cada vigencia	1	1
Informes de seguimiento y evaluación a los planes de acción por dependencias	Trimestral	4	4
Informes de seguimiento al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano (PTEP)	Cuatrimestral	3	3
Informes de seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos auditorías internas	De acuerdo a la periodicidad de las acciones suscritas	7	7
Informes de seguimientos a los planes de mejoramiento suscritos auditorías externas	Semestral o antes	2	2
Informes de seguimiento Plan de Gestión Gerencial	Semestral	1	1
Informes de seguimiento Plan de Desarrollo	Semestral	0	0
Informes de seguimiento a los mapas de riesgos por procesos	Trimestral	4	4
Informes de seguimiento al mapa de riesgos de corrupción	Trimestral	4	4
Seguimiento a la presentación de RIPS a la junta directiva	trimestral	4	4
Total		33	33

Fuente: Plan Anual de Auditorías Internas – Informes, seguimientos y actividades OCI vigencia 2024

Otras actividades efectuadas por la OCI:

- Asesoría y acompañamiento a demás áreas y dependencias de la entidad en beneficio del buen funcionamiento de la misma.
- Otros informes que requieran los entes de control y/o suministro de información
- Socializaciones MIPG
- Apoyo y acompañamiento a la Gerencia en la planeación de reuniones de Junta Directiva
- Otras actividades que la Gerencia delegue como apoyo y acompañamiento

6.5. Estado del Sistema de Control Interno

La oficina de Control Interno de la ESE Hospital San José durante la vigencia 2024, presentó los informes semestrales de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno de acuerdo con los lineamientos impartidos por la Circular Externa No. 100-006 de 2019 en concordancia con lo establecido en el Decreto 2106 de 2019 en su artículo 156 y el Manual Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Resultados de la Evaluación I y II Semestre de la vigencia 2024

La evaluación se desarrolló mediante la aplicación de la herramienta (Formato en Excel) diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, formato que consta de varias hojas y en ellas pestañas por cada uno de los componentes del Sistema de Control Interno: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de control, Información y Comunicación y Actividades de monitoreo distribuidos de la siguiente forma:

Componente del MECI	No. Lineamientos del Componente	Numero de Preguntas
Ambiente de Control	5	24
Evaluación del Riesgo	4	17
Actividades de Control	3	12
Información y Comunicación	3	14
Actividades de Monitoreo	2	14
TOTAL	17	81

Una vez evaluada y analizada cada pregunta, se procedió a efectuar la valoración cuantitativa que asignó un puntaje según los parámetros:

- Evaluación “si se encuentra presente”
- Evaluación “si se encuentra funcionando”

El porcentaje final de cumplimiento para cada pregunta y la calificación total del ejercicio se generó de forma automática por el formato parametrizado de informe semestral del Sistema de Control Interno, estructura definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP para el análisis de la Evaluación.

Para la recolección de información de la gestión realizada durante el primer semestre y segundo semestre de la vigencia 2024, la oficina de control interno efectuó análisis de cada lineamiento mediante el seguimiento y verificación de las actividades ejecutadas por cada dependencia responsable en el periodo de la vigencia fiscal 2024 y sus evidencias soportes al momento de ejecutar dicho seguimiento.

El resultado de la evaluación de los cinco (5) componentes a través de las ochenta y un (81) preguntas generó un nivel de cumplimiento del Sistema de Control Interno del 88% para el primer semestre de la vigencia 2024 y un 90% para el segundo semestre de la vigencia 2024, manteniendo una calificación positiva para la ESE. Los resultados de la evaluación por cada componente se muestran a continuación:

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
	88%	81%

El componente Ambiente de Control para la vigencia 2024, se logró evidenciar que la ESE cuenta con fortalezas en la implementación de la política de integridad (código de integridad), principios y asignaciones por parte de la alta dirección, pero existe dificultad en cuanto a la implementación de mecanismos para el conflicto de intereses, su direccionamiento estratégico se encuentra definido y socializado, en la planeación estratégica, se encuentran definidas las acciones, metas, tiempos e indicadores de cumplimiento que facilitan el seguimiento y la aplicación de controles, así como también se encuentran definidos los roles y responsabilidades para controlar riesgos específicos y políticas de riesgo, adicionalmente, se compromete con las competencias del personal, su ingreso, permanencia y retiro. La entidad está

comprometida con el fortalecimiento continuo de las competencias del personal para la efectiva gestión del talento humano a través de planes de capacitación y de bienestar. Se recomienda documentar en el Sistema Integrado de Gestión los roles y responsabilidades de las líneas de Defensa y sus mecanismos de reporte que fue una recomendación dada en la vigencia 2022 y 2023, sin embargo, durante la vigencia 2024 no se evidencian acciones de cumplimiento.

COMPONENTE EVALUACION DE RIESGOS		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
		100%

La gestión de riesgos de la entidad, permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales. Cuenta con la identificación del contexto interno y externo. Adicionalmente, identifica y gestiona los riesgos de corrupción.

En la vigencia 2024 se evidencio que los responsables de áreas y de procesos, junto con sus equipos identificaron, evaluaron, gestionaron y ejecutaron las acciones establecidas para mitigar los riesgos y/o los eventos potenciales de los riesgos internos y externos que pudiesen afectar el logro de los objetivos institucionales. El componente evaluación de riesgos se sitúa según la metodología del DAFP en "Mantenimiento del Control", lo cual evidencia que este se encuentra presente y funcionando; por lo que solo requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. La oficina de control interno de la entidad durante la vigencia 2024 efectuó tres seguimientos durante la vigencia al mapa de riesgos por procesos, y a los mapas de riesgos de corrupción con el fin de verificar que las acciones establecidas en cada proceso y área hayan sido ejecutadas con el fin de mitigar los riesgos identificados y asegurar el logro de los objetivos propuestos en la vigencia en mención. Durante el primer semestre de 2024 este resultado alcanzo un 100% de su cumplimiento, sin embargo, en el segundo semestre disminuyo tres puntos alcanzando un cumplimiento del 97%.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
		92%

La entidad ha diseñado controles frente a sus procesos, subprocesos, actividades, programas, proyectos y planes de la entidad, los cuales se han implementado y

monitoreado por la primera y segunda línea de Defensa, en cumplimiento de la normativa vigente, las directrices internas y las políticas establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Este resultado se mantuvo con base a los resultados obtenidos en la vigencia anterior.

COMPONENTE INFORMACION Y COMUNICACION		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
		61%

La entidad cuenta con políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de la entidad, que permiten divulgar los resultados, las mejoras en la gestión administrativa, sin embargo, hace la falta socialización con todos los servidores de la entidad con el fin de procurar que la información y comunicación sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor. Este indicador disminuyó en el primer semestre de la vigencia 2024 en comparación con la vigencia 2023 (64%) en tres puntos de diferencia, sin embargo, es preciso argumentar que de todos los componentes el de información y comunicación es el que ha obtenido resultados más bajos, por lo que es pertinente efectuar los ajustes necesarios para su mejora

Frente a la comunicación interna y externa se pudo observar que la comunicación fluye y es efectiva. Este componente permite que todos los servidores conozcan los objetivos y metas estratégicas, así como una permanente comunicación y divulgación de los resultados obtenidos periódicamente. En materia de transparencia la ESE cuenta con su Plataforma Web institucional en la que se encuentra publicado el direccionamiento institucional, planes, programas y proyectos, informes e información de interés.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO		
NIVEL DE CUMPLIMIENTO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
		100%

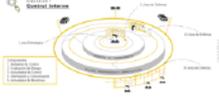
De acuerdo con lo establecido en el modelo de operación por procesos y el modelo de control de líneas de defensa, durante el primer y segundo semestre de la vigencia 2024, se realizó monitoreo de las actividades programadas en los planes, programas, proyectos, cuyos resultados se comunicaron a la gerencia, lo que fue insumo para el análisis y la toma de decisiones para la mejora continua y cumplimiento de los objetivos institucionales.

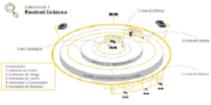
Como parte del proceso de mejora continua con el que se encuentra comprometida la entidad a partir de los resultados de los ejercicios de autoevaluación realizados por las dependencias, evaluaciones, auditorías y seguimientos realizados por la tercera línea de defensa y auditorías realizadas por entes externos de control, se formularon e implementaron planes de mejoramiento por parte de las dependencias y se adelantaron ejercicios de seguimiento y revisión de efectividad de las acciones.

CONCLUSIONES

Se puede concluir, que del análisis de los cinco componentes los cuales contemplan ochenta y un (81) criterios de la metodología fijados por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) para la Evaluación del Sistema de Control Interno, la ESE Hospital San José obtuvo para el primer semestre de la vigencia 2024 el 88% de cumplimiento y para el segundo semestre el 90%, obteniendo una calificación general del estado del sistema del 89% para la vigencia 2024; una leve disminución respecto a la vigencia anterior (2023), concluyendo de esta manera que los componentes del Modelo Estándar de Control Interno (MECI): Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo, se encuentran presentes y funcionando, evidenciando la articulación que existe entre ellos, su operación transversal y la aplicación de los lineamientos y directrices fijados por la Alta Dirección.

Se recomienda que desde la alta dirección, las áreas y/o dependencias, junto con todos los colaboradores de la entidad, sigan enfocando sus esfuerzos a través de la ejecución de actividades encaminadas al fortalecimiento de los cinco componentes de la estructura del MECI que operan de manera articulada con las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como los controles definidos bajo el esquema de líneas de defensa que permiten monitorear, evaluar, ajustar e implementar acciones de mejora continua para el logro de los objetivos institucionales.

Nombre de la Entidad:		E.S.E HOSPITAL SAN JOSE				
Periodo Evaluado:		1 DE ENERO A 30 DE JUNIO DE 2024				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad			88%	
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno						
¿Ente todos los componentes operando dentro y de manera integrada? (El 1 es precisa y No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran todavía en la etapa de proceso para operar juntos y de manera coordinada, están presentes los controles en la documentación del Sistema Integrado de Gestión de la entidad y en la normativa interna y externa relacionada con cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación. A través de la evaluación con enfoque integral realizada por la Oficina de Control Interno como Tercera Línea de Defensa se concluye que el Sistema de Control Interno de la entidad está en proceso para operar de manera efectiva y sostenible, en cumplimiento a los objetivos y metas institucionales.				
¿El objetivo del sistema de control interno para los objetivos institucionales? (El No es precisa) (Justifique su respuesta):	No	El Sistema de Control Interno no es efectivo, dado que no se están aplicando la mayoría de los controles diseñados en la entidad para dar cumplimiento a los cinco componentes del Sistema. En el marco de los auditorios internos, seguimientos y evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, se recomienda seguir fortaleciendo en los colaboradores la aplicación de los controles, con el propósito que se mitige la materialización de los riesgos y se de cumplimiento a los objetivos institucionales.				
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con las responsabilidades (El No es precisa) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad cuenta con roles, competencias y responsabilidades de cada uno de las Líneas de Defensa que permite la toma de decisiones, en el marco del Sistema Integrado de Gestión y en la aplicación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como del Sistema de Control Interno, se tienen claros las responsabilidades de cada uno de las líneas de defensa, los controles diseñados en la entidad para cada rol y la aplicación de los mismos.				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento con acciones presentadas en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance fiscal del componente
ambiente de control	Si	88%	Con respecto al componente de ambiente de control, se observó que se cuenta con las condiciones para el estado de control interno en las operaciones y se encuentran definidos los roles y responsabilidades para controlar riesgos específicos y políticas de riesgo, adicionalmente, se conforma con la competencia del personal, su ingreso, permanencia y retiro. Se recomienda documentar en el Sistema Integrado de Gestión las roles y responsabilidades de las líneas de Defensa y sus mecanismos de reporte.	1%		87%
Evaluación de riesgos	Si	100%	Gestión de riesgos de la entidad, permite identificar, evaluar y gestionar eventos potencialmente negativos como sucesos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales. Cuenta con la identificación del contexto interno y externo. Adicionalmente, identifica y genera los riesgos de composición.	1%		99%
Actividades de control	Si	92%	La entidad ha diseñado como mínimo a sus procesos, subprocesos, actividades, programas, proyectos, planes de la entidad, los cuales se han implementado y monitoreado por la primera y segunda línea de Defensa, en cumplimiento de la normativa vigente, las directrices internas y las políticas establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	21%		76%
Información y comunicación	Si	61%	La entidad cuenta con políticas, directrices y procedimientos de recolección, copia, procesamiento y generación de datos dentro en el entorno de la entidad, que permite divulgar los resultados, los riesgos en la gestión administrativa, sin embargo, hace falta su socialización con todos los servidores de la entidad que allí se involucra que la información y comunicación sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de interés.	10%		52%
Monitoreo	Si	100%	La entidad cuenta con actividades de monitoreo permanente por parte de la primera y segunda línea de Defensa, sin embargo, estas deben ser fortalecidas a través de acciones de autoevaluación. Asimismo, la Oficina de Control Interno en su rol de tercera línea de Defensa debe realizar evaluación independiente a los procesos, actividades, programas, planes y proyectos que permitan la verificación del cumplimiento de los	9%		95%

Nombre de la Entidad:		E.S.E HOSPITAL SAN JOSE				
Periodo Evaluado:		1 DE JULIO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024				
		Estado del sistema de Control Interno de la entidad		90%		
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control interno						
¿Están todos los componentes operando (tanto a de manera integrada? (Si) o no operando? (No) (Justifique su respuesta):	En proceso	Los componentes del Sistema de Control Interno se encuentran todavía en la etapa de proceso para operar juntos y de manera coordinada, están presentes los controles en la documentación del Sistema Integrado de Gestión de la entidad y en la normativa interna externa relacionada con cada una de las políticas del Modelo Integrado de Planeación. A través de la evaluación con enfoque integral realizada por la Oficina de Control Interno como: Tercera Línea de Defensa se concluye que el Sistema de Control Interno de la entidad está en proceso para operar de manera efectiva y sostenible, en cumplimiento a los objetivos y metas institucionales.				
¿Se evalúa el sistema de control interno para los objetivos institucionales? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	No	El Sistema de Control Interno no es efectivo, debido que no se relacionación la mayoría de los controles diseñados en la entidad para dar cumplimiento a los cinco componentes del Sistema. En el marco de las auditorías internas, seguimientos y evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, se recomienda seguir fortaleciendo en los colaboradores la aplicación de los controles, con el propósito que se mitige la materialización de los riesgos y se dé cumplimiento a los objetivos institucionales.				
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una independencia (Estructura de dirección) que le permita tener la autoridad para el control interno? (Sí/No) (Justifique su respuesta):	Si	La entidad cuenta con roles, competencias y responsabilidades de cada una de las Líneas de Defensa que permite la toma de decisiones, en el marco del Sistema Integrado de Gestión y en la aplicación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, así como del Sistema de Control Interno, se tienen claras las responsabilidades de cada una de las líneas de defensa, los controles diseñados en la entidad para cada rol y la aplicación de los mismos.				
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento	Estado actual. Explicaciones de las Desviaciones por Fortalezas	Nivel de Cumplimiento presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	91%	Con respecto al componente de ambiente de control, se observa que se cuenta con los fundamentos para el diseño de control interno, un plan de acción estratégica con enunciación de todas las roles y responsabilidades para controlar el riesgo reputacional y políticas de integridad, adicionalmente, se conforma con las competencias del personal, su ingreso, planeación y costo. Se recomienda documentar en el Sistema Integrado de Gestión los roles y responsabilidades de las Líneas de Defensa y sus mecanismos de reporte.	1%		88%
Evaluación de riesgos	Si	97%	La gestión de riesgos de la entidad permite identificar, evaluar y gestionar riesgos potenciales, tanto internos como externos, que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales. Continua con la identificación del riesgo interno y externo. Adicionalmente, identificar y gestionar los riesgos de evasión.	1%		96%
Actividades de control	Si	92%	La entidad ha desarrollado controles frente a sus procesos, independientes, actividades programadas, periódicas y planes de la entidad, los cuales se han implementado y monitoreados por la primera y segunda línea de Defensa, en cumplimiento de la normativa vigente, los estándares internacionales y las políticas establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	21%		71%
Información y comunicación	Si	79%	La entidad cuenta con políticas, directrices y mecanismos de comunicación, cultura, procedimientos y generación de datos dentro y por fuera de la entidad, que permiten divulgar los resultados, los riesgos en la gestión administrativa, de servicios, hace falta la socialización con todos los servidores de la entidad que afilide persona que las fortalezca y promueva una adecuada a las necesidades específicas de los grupos de trabajo.	10%		63%
Monitoreo	Si	100%	La entidad cuenta con un comité de monitoreo permanente por parte de la primera y segunda línea de Defensa, sin embargo, este debe ser fortalecido, al tener de espacios de autoevaluación. Asimismo, la Oficina de Control Interno en tanto de tercera línea de Defensa debe realizar evaluaciones.	5%		95%

7. CONCLUSIONES Y LOGROS OBTENIDOS EN LA VIGENCIA 2024

Asumimos la Gerencia de la ESE Hospital San José a partir del mes de abril del año 2024 con mucha responsabilidad, respeto y amor por la comunidad Sambernardina, con el firme propósito de mejorar todos los aspectos inherentes a los servicios Hospitalarios que presta nuestra ESE, siempre poniendo como prioridad la necesidad del paciente y bajo los estándares y normas que nos rigen en el ejercicio de nuestras labores. Por esta razón concluimos resaltando los aspectos de mayor relevancia, liderados por cada una de las áreas y en cabeza de esta Gerencia:

7.1 Fortalecimiento de la atención en salud:

- Se logró mantener la cobertura de los servicios de primer nivel en los 8 puestos de salud rurales del municipio de san Bernardo del viento, y se realizaron adecuaciones y apoyo a la infraestructura para la futura apertura del nuevo puesto de salud urbano de san Bernardo.
- Se continuó fortaleciendo la estrategia de atención en salud extramural en las instituciones educativas del municipio de san Bernardo del viento, suministrando el talento humano adecuado, vehículos y demás insumos para la realización semanal de las brigadas estudiantiles.
- Se fortaleció la contratación del talento humano especialmente para los programas de promoción y mantenimiento de la salud (programa de vacunación) y se contrataron los vehículos de transportes para el traslado de las vacunadoras de manera personalizada garantizando la cobertura de la población en las zonas de difícil acceso geográfico.
- Se fortaleció la articulación con los diferentes actores municipales, y referentes departamentales para la activación del comité del programa ampliado de inmunizaciones desarrollando mesas de trabajo para la implementación de las estrategias internas y poder mejorar las coberturas de vacunación.
- Se suministraron horas administrativas para los coordinadores médicos con el fin de realizar monitoreo y evaluación de las diferentes actividades y atenciones en salud para garantizar la calidad de la atención del usuario

7.2. Participación comunitaria y promoción de la salud:

- ✓ Se realizó Jornada de Aseo Integral con el apoyo de trabajadores y actores comunitarios en la ESE Hospital San José.
- ✓ Se desarrolló jornada de valoraciones con especialistas para la comunidad sin ninguna barrera de acceso y sin ningún costo y se suministró medicamentos en especial para la población pobre no cubierta.
- ✓ Se desarrollaron campañas educativas sobre prevención de enfermedades crónicas, salud oral, mental, vacunación, brigadas de citología, estrategias de autocuidado con participación activa de la comunidad.
- ✓ Se realizó la implementación del nuevo Manual de Identidad Visual de la ESE

7.3. Mejoramiento de la calidad del servicio:

- Se logro una mejora sustancial en la oportunidad de atención al usuario, tanto en la consulta, servicios de odontología, laboratorio y urgencias. Estando siempre por debajo de los estándares de tiempo establecidos.
- Se mantuvo la actualización de los protocolos de atención en urgencias, consulta externa, promoción y prevención, mejorando la oportunidad y seguridad en la atención.

7.4 Sostenibilidad financiera:

- Se desarrollo el plan financiero de forma estratégica, planificando la gestión de los recursos, de tal manera que se logró la optimización del capital. Permittiéndonos estar en la categoría Sin Riesgo Financiero. Todo esto apalancado por un aumento en la facturación y recuperación de cartera.
- Se gestiono un crecimiento en la contratación capitada del 10% con relación al año anterior.

7.5 Gestión del talento humano:

- Se logro la apropiación de nuevos conocimientos para los funcionarios de la ESE, mediante jornadas de capacitación que ayudaron a fortalecer el mejoramiento de los servicios prestados.
- Se alcanzo el cubrimiento del 100% de los puestos de trabajos requeridos en la ESE y centros de salud.

7.6 Infraestructura y dotación:

- Se realizó mantenimiento de fachada Puesto de Salud Paso Nuevo
- Se adecuaron 2 consultorios en sala de urgencia y los pisos en sala de rayos X.
- Se realizó alistamiento, dotación y puesta en marcha del nuevo Centro de Salud San Bernardo.
- Se adquirieron equipos médicos y de diagnóstico como: digitalizadora de equipo de rayos X, unidad odontológica Eléctrica, equipo de esterilización y Equipo doppler fetal.

OMAR ENRIQUE GENES NEGRETTE
Gerente