



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL MONTELIBANO
Mejoramos para servir!



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL MONTELIBANO
Mejoramos para servir!

Informe de Gestión 2013



Presentación

MISIÓN

Prestar servicios de salud de baja complejidad, mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, con el mejor recurso humano, físico y tecnológico, cumpliendo con estándares de calidad y la normatividad del sector salud, para contribuir a la satisfacción, el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias, en la región del alto san Jorge y bajo cauca.

VISIÓN

Para el año 2015, Ser líderes en la calidad de la atención en salud y lograr la sostenibilidad económica y financiera del Hospital, a través del fortalecimiento de los servicios de salud de baja y mediana complejidad, en la región del alto san Jorge y bajo cauca.

VALORES

- **TRATO HUMANO:** Es el reconocimiento de que el otro es un ser humano por encima de todo. Por esto le brindamos un trato amable, cálido y personalizado.
- **RESPETO:** Tratar a los demás como quisiera ser tratado, incluyendo el respeto a su tiempo, a la intimidad y confidencialidad.
- **RESPONSABILIDAD:** Cumplir con sus funciones y asumir las consecuencias de lo hecho.
- **INTEGRIDAD - TRANSPARENCIA:** Coherencia entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace.

OBJETIVOS ESTRÁTICOS

1. Lograr que nuestro hospital sea viable y sostenible en la prestación de servicios de salud.
2. Fortalecer el crecimiento personal y profesional del talento humano, cimentado en nuestros valores corporativos y centrados en la atención a los usuarios.
3. Establecer e implementar el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de acuerdo a la normatividad vigente.
4. Prestar a la población los servicios de salud integrales con calidad humana y tecnología adecuada.

POLÍTICA DE CALIDAD

Facilitar la accesibilidad de la comunidad de la región del alto San Jorge y bajo cauca, a los servicios de salud de baja complejidad que presta el HLM incluyendo sus sedes de manera oportuna, pertinente, eficiente y segura, con el mejor recurso humano, físico y tecnológico, para lograr el bienestar biosicosocial y satisfacción del usuario, mejorando continuamente la prestación de los servicios y cumpliendo con los requisitos legales, reglamentarios y del cliente.

OBJETIVOS DE CALIDAD:

- Prestar nuestros servicios cumpliendo con las características de calidad establecidas por el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, seguridad.
- Mejorar la satisfacción del usuario en cada uno de nuestros servicios a través de la mejora continua de nuestros procesos.
- Capacitar, sensibilizar y retroalimentar en temas de humanización del cliente interno y externo del servicio con miras a fortalecer los valores institucionales y crear cultura y calidad.
- Garantizar el mantenimiento de los recursos físicos y tecnológicos necesario para prestar servicios de salud en todas sus sedes con calidad.
- Optimizar los recursos necesarios para prestar los servicios de salud en todas sus sedes, dando un adecuado uso de éstos.

PROCESOS JUDICIALES

Para el año 2013, la E.S.E. Hospital Local de Montelíbano, presenta los siguientes acciones judiciales de conformidad a la información contenida en el SIHO 2193:

EXPEDIENTE	TIPO DE PROCESO	DEMANDANTE	DEMANDADO
2006-871	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	GUILLERMO MADRID DIAZ	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2007-0374	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	NODIER ELENA VILLEGRAS	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2008-00091	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	OLARIS DEL ROSARIO PETRO NEGRETE	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2008-00141	Ejecutivo Contractual	ANTONIO CANCHILA MERCADO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2009-00183	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	ESPERANZA CANTERO RAMIREZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2010-00202	Acción de Reparación Directa	LUIS MARIANO REYES EVANGELISTA Y OTROS	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2011-00235	Acción de Nulidad Simple	KELIA ESTHER GUARÍN ÁVILA	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2011-00252	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	HERNAN ANTONIO RAMOS ARGUMEDO	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2011-00278	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	LINA PATRICIA ZARANTE DIAZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2011-00304	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	JAIDER DAVID SALCEDO DOMÍNGUEZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00001	Acción de Reparación Directa	ALEXANDRA TARRIBA MEDINA	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00028 REASIGNADO-RADICADO	Proceso Ordinario laboral	MARLENY DEL SOCORRO MARCELO ALGARIN	COLPENSIONES, YONIRA DEL CARMEN ACEVEDO VENTA, ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00043	Acción de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	ISAID PÉREZ DOMÍNGUEZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00250	Proceso Ordinario laboral	ENA ROSARIO HERNANDEZ ALDANA	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00251	Proceso Ordinario laboral	MARTHA CECILIA CEBALLOS QUIROZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2012-00252	Proceso Ordinario laboral	NORA ANTONIA RODRÍGUEZ LOPEZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2013-00192	Acción de Reparación Directa	ELOIS ANTONIO REYES CELESTINO Y OTROS	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2013-00221	Acción de Tutela	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO	BANCO AGRARIO
2013-00318	Proceso Ordinario laboral	MARCIAL MEDINA RODRÍGUEZ	COLPENSIONES Y ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
2014-00007	Acción de Tutela	CARMEN CECILIA MENDEZ MONTES Y OTROS	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO
T-3618908	Acción de Tutela	WILLIAM MONTES SUÁREZ	ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO



En la actualidad la Entidad Reporta un total de 21 Procesos judiciales, referidos así:

Un (01) proceso que corresponde a la acción de Simple Nulidad la cual se encuentra sin fallo en primera instancia; ocho (8) procesos que corresponden a la Acción de Nulidad y Restablecimiento del derecho que presentan cuatro fallos en primera instancia y las cuatro restantes aun se encuentran sin fallo de primera Instancia; (03) Tres acciones de Reparación Directa las cuales se encuentran sin fallo de primera instancia; (03) Tres acciones de Tutela, de las cuales dos se encuentra en firme y la otra se encuentra en revisión en la Corte Constitucional; (01) Un ejecutivo Contractual el cual se encuentra sin fallo de primera instancia; y por ultimo (5) Cinco procesos Ordinarios laborales cursando su etapa procesal de primera instancia sin fallo.



COMPARATIVO ASISTENCIAL 2011- 2013

En la parte de medio ambiente la ESE en el año 2013 realizo la actualización del plan gestión integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRHS), para esta vigencia la ESE realizó unas modificaciones locativas por lo que fue necesario Actualizar el PGHIRS señalizar nuevamente las áreas, se ha logrado avanzar en la formación del personal de servicios generales con respecto al manejo de residuos hospitalarios, sólidos y similares esto con el apoyo de la empresa encargada de la recolección y disposición final de los residuos peligrosos ECOFUEGOS SAS, la institución realizó el proceso de recolección, transporte, pesaje, clasificación, almacenamiento temporal y despacho para la disposición final de los mismos, de manera completa utilizando los formatos RH1 para residuos y la previa ficha de indicadores de residuos.

INDICADORES PGHIRS 2013



NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:
HOSPITAL LOCAL MONTELÍBANO

DIRECCIÓN:
Cra. 5^a No.23-144 Montelíbano - Córdoba

NIVEL: I

VIGENCIA: 2013

cian magenta amarillo negro

MES	RESIDUOS NO PELIGROSOS $IDR = \frac{RNP}{RT} \times 100$	RESIDUOS PELIGROSOS $IDP = \frac{RP}{RT} \times 100$
ENERO	43.2%	56.8%
FEBRERO	45.3%	54.7%
MARZO	46.2%	53.8%
ABRIL	54%	46%
MAYO	56%	44%
JUNIO	54.7%	45.3%
JULIO	58%	42%
AGOSTO	37%	63%
SEPTIEMBRE	42%	58%
OCTUBRE	55%	45%
NOVIEMBRE	59%	41%
DICIEMBRE	38%	62%

AÑOS	LABORATORIO		
	USUARIOS ATENDIDOS	MUESTRAS PROCESADAS	% INCREMENTO LINEA DE BASE
2011	14.555	47.380	-
2012	19.165	68.321	44%
2013	45.066	107.187	126%

AÑOS	CONSULTA EXTERNA	% INCREMENTO LINEA DE BASE	URGENCIAS	% INCREMENTO LINEA DE BASE	HOSPITALIZACION	% INCREMENTO LINEA DE BASE
2011	41.213	-	22.225	-	2.148	-
2012	62.959	52%	25.405	14%	2.699	25%
2013	74.777	81%	29.985	35%	2.704	25%

AÑOS	ODONTOLOGIA CONSULTA	% INCREMENTO LINEA DE BASE	ODONTOLOGIA PROCEDIMIENTOS	% INCREMENTO LINEA DE BASE	RAYOS X	% INCREMENTO LINEA DE BASE
2011	10.468	-	25.270	-	6.062	-
2012	18.136	73%	34.066	34%	7.314	20%
2013	21.148	102%	36.329	43%	7.638	26%

INDICADORES DE AVANCE

Indicador	2011	2012	2013
Satisfacción del usuario	91%	93%	95%
Oportunidad de asignación de citas (en días)	3	2,2	1,9
Numero de citas diarias	160	224	352
Numero de consultorios de consulta externa	5	7	11
Médicos en servicio	18	23	28
Consultorios en servicio	7	9	11
Centros rurales funcionando	4	6	8
Numero de Ambulancias	2	3	5
Procesos judiciales	4		
Deudas con proveedores (millones de pesos)	\$ 530		

AREA DE ALMACEN

Una vez iniciada dichas funciones en esta área el objetivo primordial ha sido la organización de todos los documentos y procesos de compras, enfatizando en el orden y flujo de información oportuna en el momento requerido; ya sea en medio físico o sistematizado; gracias a la implementación y buen funcionamiento del software SAFIX en el modulo de INVENTARIO habilitado para el área de almacén y compras el cual permite consolidar y llevar un registro al día de las compras realizadas mes a mes; así como los pedidos, salidas o requerimientos hechos por parte de las diferentes áreas y el trabajo en red con el área de contabilidad y cartera suministrando información rápida y oportuna a los diferentes procesos de la entidad.

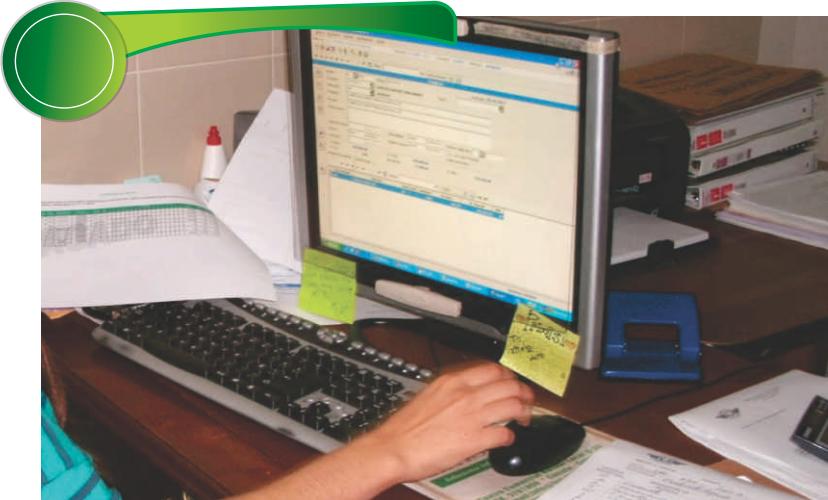


Por otro lado se gestionaron contactos con nuevos proveedores de diferentes suministros para obtener mayores oportunidades, garantías en las compras y que el Hospital Local De Montelíbano se pueda favorecer buscando mayores rendimientos financieros para la entidad; además se recuperó la imagen y buen nombre de La E.S.E ya que en el ámbito comercial los proveedores no querían tener vínculo con el hospital local de Montelíbano por los pagos inoportunos en el pasado. Actualmente podemos asegurar que la entidad ha recuperado la credibilidad y confianza con dichos proveedores.

Se direccionaron y se establecieron nuevas pautas para mantener un mejor orden y disciplina en cuanto a la requisición de pedidos y entrega de materiales hacia las diferentes áreas buscando con esto; que los materiales a utilizar obedecieran a la necesidad para no llegar al mal gasto de dichos artículos o productos.

Igualmente se han atendido de manera oportuna todas aquellas necesidades presentadas por los diferentes jefes de áreas con el fin de prestar y ofrecer un óptimo servicio en cada una de las áreas y actividades que se desarrollan al interior de la entidad buscando

Siempre buenos resultados, que resalten la labor e imagen de la E.S.E Hospital Local De Montelíbano

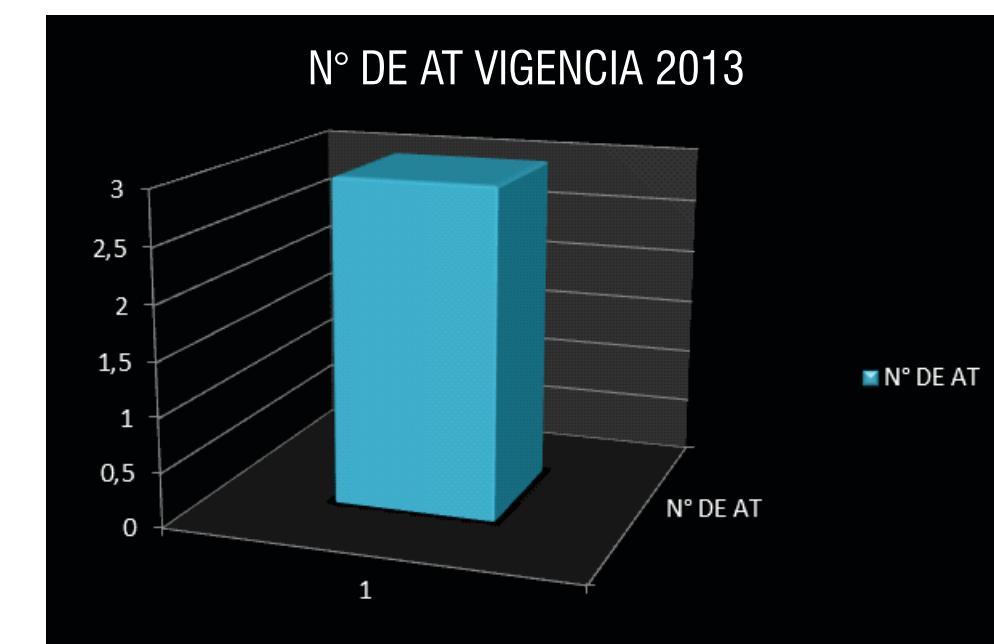


SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE

La ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO, para el año 2013 es acompañada por la ARL POSITIVA compañía de seguros, para esta vigencia la ESE logra actualizar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo acogiéndose a los nuevos lineamientos legales expedidos por el ministerio de salud y trabajo, además de esto se ha actualizado el reglamento de higiene y seguridad, se realizó nuevamente la elección del COPASST debido a que el anterior ya la vigencia se le habían vencido los plazos de conformación, se ha logrado mantener los programas de intervención a riesgo biológico mediante un comité llamado "CENTINELA", se está adelantando el proceso de la elección del comité de convivencia para intervención a posible acoso laboral, en resumen durante la vigencia 2013 solo se presentaron 3 accidentes laborales de tipo biológico y 0 número de enfermedades de origen ocupacional.



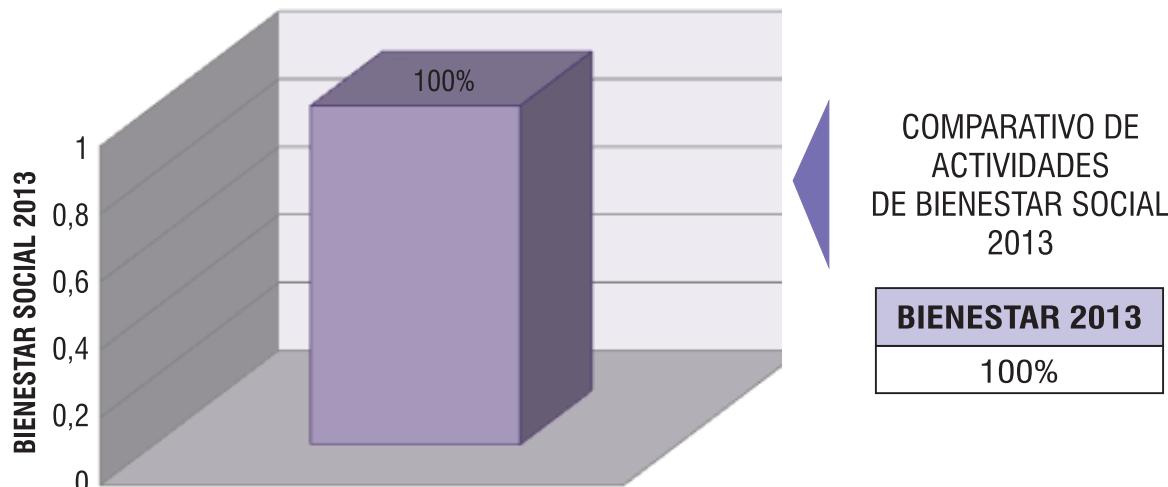
De acuerdo a lo anterior tenemos:



VIGENCIA AT	N° DE AT
2013	3

BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS:

Para este subproceso la **ESE HOSPITA LOCAL DE MONTELIBANO** de manera anual diseña y actualiza el plan de bienestar social e incentivos, estos planes proponen actividades tales como la escogencia del empleado del mes, mejor equipo de trabajo, mejor servicio los cuales son premiados con un incentivo económico y el reconocimiento público, apuntando al desarrollo competitivo y sano de los empleados en los diferentes servicios para fortalecer la calidad de la atención en los servicios, estas actividades se implementaron para la vigencia 2013, por lo anterior con todos estos mecanismos se pretende perfilar y efectuar las actividades de Gestión Humana acorde con los lineamientos estratégicos, los requerimientos de ley y de calidad en procura del bienestar laboral de los empleados.



EVALUACION DE DESEMPEÑO:

Para la vigencia 2013 los encargados del personal administrativo y asistencial, han realizado las evaluaciones de desempeño del personal a su cargo es decir que la jefe del área asistencial y el área administrativa son las directas responsables del proceso al ser las encargadas del monitoreo de las actividades planeadas en cada área, esto con el propósito de evaluar el desempeño del personal a su cargo desde los componentes comportamentales hasta los aportes individuales de cada uno, con el fin de establecer planes de mejoramientos individuales y grupales que pretendan el mejoramiento en la calidad de vida del trabajador y el aumento de la productividad con calidad en el servicio.



INFORME EJECUTIVO SEMESTRAL

PERÍODO: DEL 2 DE ENERO DE 2013 AL 30 DE JULIO DE 2013

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI-

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

MARIA MARGARITA ALVIS CUEVAS

Periodo Evaluado:
2/ENERO/2013A
31/DICIEMBRE/2013

Fecha de Elaboración:
30/Julio/2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

COMPONENTE AMBIENTE CONTROL:

Se realizaron los procesos de inducción y re inducción programados en forma mensual, a los aspirantes y al personal de las escuelas de formación de enfermería. En estos espacios se da a conocer el código de ética, código de buen gobierno, los valores institucionales (Son trabajados en forma semanal, entre ellos: La responsabilidad, la honestidad, la creatividad, la tolerancia, el respeto, la solidaridad, el trabajo en equipo, y la lealtad), a través de los diferentes medios de comunicación.

- La Oficina de Control Interno, participó dando a conocer las Políticas Institucionales, la Plataforma estratégica, el funcionamiento del MECI aplicado en el Hospital, la armonización de MECI-CALIDAD, y la normatividad vigente para ello.
- A través de los diferentes Comités Institucionales y de autocontrol, se han dado a conocer los logros obtenidos, las estadísticas de producción de servicios, las acciones de mejora en cumplimiento de los objetivos trazados; así como la nueva normatividad vigente para su aplicación; se han diseñado planes de contingencia para afrontar problemáticas de tipo social y económico presentadas en la región.
- Se dio cumplimiento a la medición del clima laboral y a las evaluaciones de desempeño laboral.
- Se logró el 90% de ejecución del PIC.

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:

Se ha dado cumplimiento a las metas trazadas para el 2013 en el Plan de Gestión Gerencial, cuya evaluación y seguimiento fue realizada en conjunto con la Revisoría Fiscal, quien certificó un cumplimiento del 80%.

- Para llegar a estos resultados se trabajo arduamente con todas las dependencias y servicios de la E.S.E., logrando ajustar los diferentes planes de acción y planes de mejora para la consecución de los objetivos de cada área y los objetivos misionales en conjunto.
- Debido a la dinámica fue necesario ajustar algunos procesos misionales y administrativos en cuanto a protocolos, guías, manuales y formatos de información y control. La entidad ha mejorado las herramientas y recursos de tipo administrativo, asistencial, tecnológico, logístico y de talento humano; para cumplir con los planes institucionales y las metas trazadas.

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Se cuenta con la formulación del mapa de riesgos, con los respectivos indicadores para su seguimiento y monitoreo.

- A través de los comités de autocontrol y demás comités institucionales se realizan en forma periódica su análisis y toma de correctivos necesarios.
- En los casos de identificación de riesgos potenciales se han elaborado planes de contingencia (Suministro de agua potable, mantenimiento planta eléctrica, reubicación de cámaras de vigilancia, mayores controles en la vigilancia, actualizaciones del software de Historias Clínicas, reposición de UPS, logística de consecución de insumos, entre otros).
- La Oficina de Calidad, ha apoyado la organización de capacitaciones entre los diferentes servicios para mitigar la ocurrencia de eventos adversos, así como temas de interés y actualidad para la Comunidad hospitalaria.
- La Oficina de Control Interno, realizó seguimiento a los contratos más relevantes con el fin de observar la transparencia de los procesos y el avance de los mismos. La entidad cuenta con políticas administrativas claras en los procesos de contratación.
- Los servidores públicos y en especial los jefes de área, reportan en forma oportuna los posibles riesgos en el desarrollo de sus actividades, los cuales se analizan en los comités institucionales o por su superior inmediato para su análisis y mitigación de los mismos.

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL: Se está dando cumplimiento a la implementación y socialización a las doce (12) Políticas de Seguridad del Sistema General de Seguridad de la Información (HSP-POL-09), las cuales están encaminadas a la protección de los activos de información (los funcionarios, la información, los procesos, las tecnologías de información incluido el hardware y el software), y al logro de la plataforma estratégica de la entidad.

- Gran parte de los procesos y procedimientos se han adoptado e implementado por los funcionarios de la entidad, esto conlleva a realizar un adecuado seguimiento, evaluación y medición de las actividades desarrolladas.
- Se ha dado cumplimiento a los indicadores establecidos por los Organismos de Inspección, Control y Vigilancia; así como a los establecidos en el Convenio de Desempeño con el Ministerio de Salud. En el caso de que el margen de cumplimiento haya arrojado un resultado aceptable, mediante reuniones de comité se han trazado por sus responsables las respectivas medidas correctivas.
- Se han realizado ajustes y actualizaciones permanentes a algunos procedimientos que requerían algún cambio o actualización, a través de circulares de la subgerencia administrativa ó por oficio de la Oficina de Calidad, y Subgerencia Técnico- Científica.
- Todos los procesos y procedimientos están debidamente documentados y se ejecutan por sus responsables, aquellas modificaciones y/o actualizaciones requeridas son notificadas, revisadas y aprobadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Garantía de la Calidad.
- La entidad sigue avanzando en el proceso de Acreditación en Salud, de acuerdo a la normatividad expedida por el Ministerio de Salud.
- Existen los controles adecuados y de medición para el desarrollo de los procesos y procedimientos institucionales.
- La Administración ha concentrando sus esfuerzos en brindar un servicio a la comunidad hospitalaria en forma más humanizada, con calidez y calidad.
- La Oficina de Calidad y la Oficina de Control Interno, ha contribuido a la asesoría del diseño de formatos y demás herramientas necesarias, para el manejo de la información y su posterior reporte ya sea interna ó externa.
- La información contable, financiera, administrativa, como los indicadores de calidad, y los informes de la Oficina de Control Interno; han reflejado la realidad de las operaciones de la Entidad.

REINDUCCION E INDUCCION:

El propósito de la inducción es entrenar a las personas en las funciones a desarrollar brindándoles información amplia y suficiente que permita conocer su rol dentro de la institución para fortalecer su sentido de pertenencia y la seguridad para realizar su trabajo con mayor eficiencia de acuerdo a esto se trata de mantener la individualidad y dejar el registro de conformidad de las partes empleado y empleador; la re inducción la ese la maneja de manera global y se trata de Liderar el procedimiento de re inducción al interior de la organización con miras a fortalecer la cultura organizacional, el cumplimiento de las políticas organizacionales y el sentido de pertenencia en los colaboradores, por ende la ese realizo las siguientes inducciones a sus empleados:

CARGOS	PLANTA	ASESORES	PERSONAL TERCERIZADO
ADMINISTRATIVO	12	7	52
ASISTENCIALES	20	0	72
TOTAL	32	7	124

La re inducción durante el periodo del siguiente informe corresponde al 100% de cumplimiento ya que la meta es realizarla de manera semestral lográndose de esta manera un 100%

$$\frac{\# \text{ de reinducciones realizadas}}{\# \text{ de reinducciones programadas}} \times 100 = \frac{2 \text{ reinducciones}}{2 \text{ reinducciones}} \times 100 = 100\%$$

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO:

La ESE durante la vigencia 2013 se ha propuesto liderar la gestión del conocimiento al interior de la organización con actividades que propendan por el desarrollo de los colaboradores en lo relacionado con planes de mejoramiento personal, profesional y organizacional, de acuerdo a lo anterior tenemos que durante la vigencia mencionada se alcanzó a ejecutar un 80% de los planes de capacitación, por lo tanto para la parte de entrenamiento es fundamental la re inducción debido a que es una actualización para el empleado de todos los procesos y procedimientos que la ESE maneja; de acuerdo a los registros solo se cumplió en el 2013 con el 100%. (ver grafico No. 1)

REINDUCCION, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PERIODO 2013

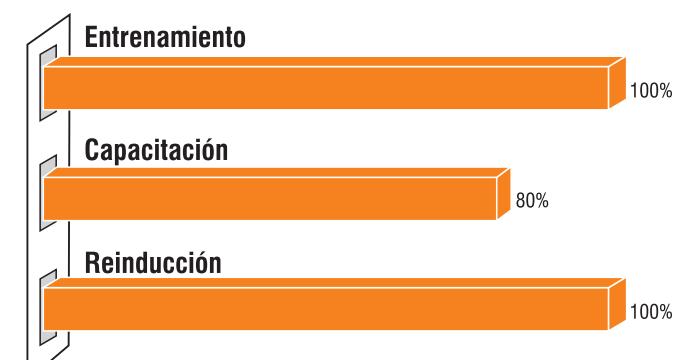


Gráfico 1:

De acuerdo a lo anterior tenemos que el área de la gestión del talento humano se encuentra compuesta por los siguientes subprocesos:

- INDUCCION
- EVALUACION DE DESMPEÑO
- RETIROS
- CAPACITACION
- BIENESTAR SOCIAL
- INCENTIVOS
- REINDUCCION
- INGRESOS
- NOMINA
- SALUD OCUPACIONAL
- RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

La ESE en cabeza de la profesional universitaria y su equipo de trabajo ha realizado la gestión comprendida en la vigencia 2013 logrando los siguientes avances en cada proceso:

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN:

En este proceso se ha mantenido la búsqueda de personas para vincularlas con el objetivo que cumplan con el perfil de necesidades definidas por la institución en el Manual de funciones este proceso es constante para lo anterior se relaciona los siguientes datos:

CARGOS	PLANTA	ASESORES	PERSONAL TERCERIZADO
ADMINISTRATIVO	12	7	69
ASISTENCIALES	20	0	72
TOTAL	32	7	107

DESVINCULACION:

En este proceso el objeto es realizar el adecuado proceso de retiro de los servidores públicos de la entidad para evitar cualquier tipo de sanción legal, por lo que en la medida de lo posible se aplica la caracterización del proceso; obteniendo como resultados los siguientes movimientos:

CARGOS	PLANTA	ASESORES	PERSONAL TERCERIZADO
ADMINISTRATIVO	0	0	10
ASISTENCIALES	7	0	8
TOTAL	7	0	18

COMPONENTE INFORMACIÓN: La Oficina de Control Interno, ha realizado el seguimiento del cumplimiento y reporte de los informes gerenciales con destino a los entes de control, como: Contraloría General de la República, Superintendencia Nacional de Salud, Contaduría General de la Nación, la DIAN, Contraloría Departamental de Córdoba, Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Secretaría de Salud Municipal, entre otros.

- Se cuenta con los mecanismos para recibir las sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas, reclamos y felicitaciones por parte de la ciudadanía. Así mismo se realiza el análisis dicha información a través de la Oficina de Atención al Usuario, y los Comités Institucionales, generando una información transversal hacia los servicios que la generan para que el líder del área conozca dicha información y genere acciones de mejora.
- El adecuado manejo de la información interna y externa de la entidad, es una herramienta vital de retroalimentación para la mejora de los procesos del Hospital, así como de insumo a las decisiones directivas en el cumplimiento del Manual de Políticas de Comunicaciones de la entidad.
- Se ha avanzado significativamente en la implementación del Software de Historias Clínicas, con el diseño de aplicativos informáticos conexos necesarios para el mejoramiento de procesos de información institucional.
- Están establecidas las ventanillas especiales para ciertos usuarios por norma (gestantes, tercera edad, discapacitados, infantes y población vulnerable).
- Se ha modernizado la página web de la E.S.E. desde Diciembre de 2011, en cumplimiento de las fases básicas de la estrategia Gobierno en Línea.
- Se está dando aplicabilidad a las políticas Antitrámites para beneficio de los usuarios (Ley 962 de 2005) con el apoyo de orientadoras en los procesos de facturación de servicios, así como las Tablas de Retención Documental (T.R.D.) (Ley 594 de 2000).

COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA: Se ha sostenido el grado de satisfacción de los usuarios y la percepción de los servicios prestados, al cierre de la vigencia 2012 el consolidado fue del 92.15%, y para el primer bimestre de 2013 el promedio es del 95%. (Quejas presentadas primer semestre 2013= 19).

- Los procesos judiciales fueron contestados dentro de los términos legales (incluida las tutelas), de acuerdo a los reportes de la Oficina Jurídica.
- Se ha desarrollado el plan de comunicaciones, así como la utilización de programas radiales, carteleras, página web, volante, y periódicos regionales, para informar a la comunidad en general sobre nuevos servicios, brigadas, e información de interés general.
- Se dio cumplimiento a la publicación del Plan de Acción Institucional para el 2013, con sus respectivos indicadores, y planes de acción; así como al Informe de Gestión de la Vigencia 2012.
- Se ha participado en reuniones requeridas y programadas con la Gerencia, y los Veedores Ciudadanos, para atender inquietudes sobre proyectos y los servicios ofertados.
- Existen los respectivos controles para la comunicación verbal y escrita. Se da estricto cumplimiento a los informes requeridos por los diferentes entes de control y vigilancia.

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN: Los líderes de apoyo al Sistema de Control Interno, así como los jefes de áreas, cuentan con los instrumentos que permiten aplicación de controles, mecanismos de verificación y medición; sobre los cuales se ejecutan acciones correctivas y de mejora, sin embargo se hace necesario su fortalecimiento, específicamente en temas como los indicadores, planes de acción, e identificación y manejo de riesgos.

- Es política de la Gerencia y del Comité del sistema de Control Interno y de Calidad, conceder todas la

herramientas e instrumentos de control necesarios para que el sistema como tal pueda navegar con facilidad y así lograr el cumplimiento de los objetivos, actividades, estrategias y metas, establecidos en el Plan estratégico, columna vertebral de la administración de la Institución. Para ello, la entidad ha desarrollado todos los manuales, políticas, modelos, guías e indicadores de gestión y de control para poder medir el sistema, teniendo en cuenta los instrumentos que para tal fin ha establecido el DAFP.

- La Administración retroalimenta sus evaluaciones, aplicando los correctivos necesarios soportados en evidencias y en desarrollo de las respectivas actas de comité institucionales.
- Se ha reforzado a través de la Política Gerencial el concepto de Autocontrol, austeridad en el gasto público, y la gerencia de los diferentes servicios; por medio de reuniones constantes del personal para las diferentes áreas del Hospital.
- El Comité de Control Interno y de Calidad, cumple con su fin, y se encuentra activo en la Entidad.

COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE: El control independiente se realiza con base en la programación anual, en la cual se han incluido las respectivas auditorías de control interno y las de calidad; trabajando en armonización del MECI-CALIDAD. Los resultados de las evaluaciones han permitido que el Hospital desarrolle planes de mejoramiento interno, contribuyendo de esta forma a mejorar los procesos y contrarrestar las debilidades presentadas, para una mejora continua de la gestión.

- La Oficina de Control Interno, ha cumplido con los informes pormenorizados de control interno (Art. 9 Ley 1474 de 2011), dándolos a conocer a la Gerencia y siendo publicados en el web site del Hospital.
- La Oficina de Control Interno, a través del Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno Vigencia 2012, presentó a la Gerencia del Hospital el pasado 01 de Marzo de 2013, y en la página web del Hospital y en la página de la Consolidador de Hacienda e información Pública, los resultados de las siguientes evaluaciones: 1. Evaluación y seguimiento a la implementación del MECI, con la metodología del DAFP. 2. El informe anual de Control Interno Contable, vía CHIP. 3. La Gestión y actividades adelantadas por la Oficina de Control Interno. 4. Informe del avance de los planes de mejoramiento. 5. Informe al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- El ejercicio de las funciones de Control Interno se ha realizado en forma dinámica, participativa al interior de los comités establecidos institucionalmente.
- En respuesta a las observaciones de los organismos de control (Secretaría de Salud Departamental de Córdoba) y las auditorías externas se diseñaron y ejecutaron los planes de mejoramiento, se realizaron los respectivos seguimientos y cumplimiento de las metas propuestas, verificando la efectividad de las estrategias planteadas.
- Las auditorías realizadas, los controles, los seguimientos a los procesos son dados a conocer en forma oficial a la Gerencia y a los respectivos líderes de los procesos.

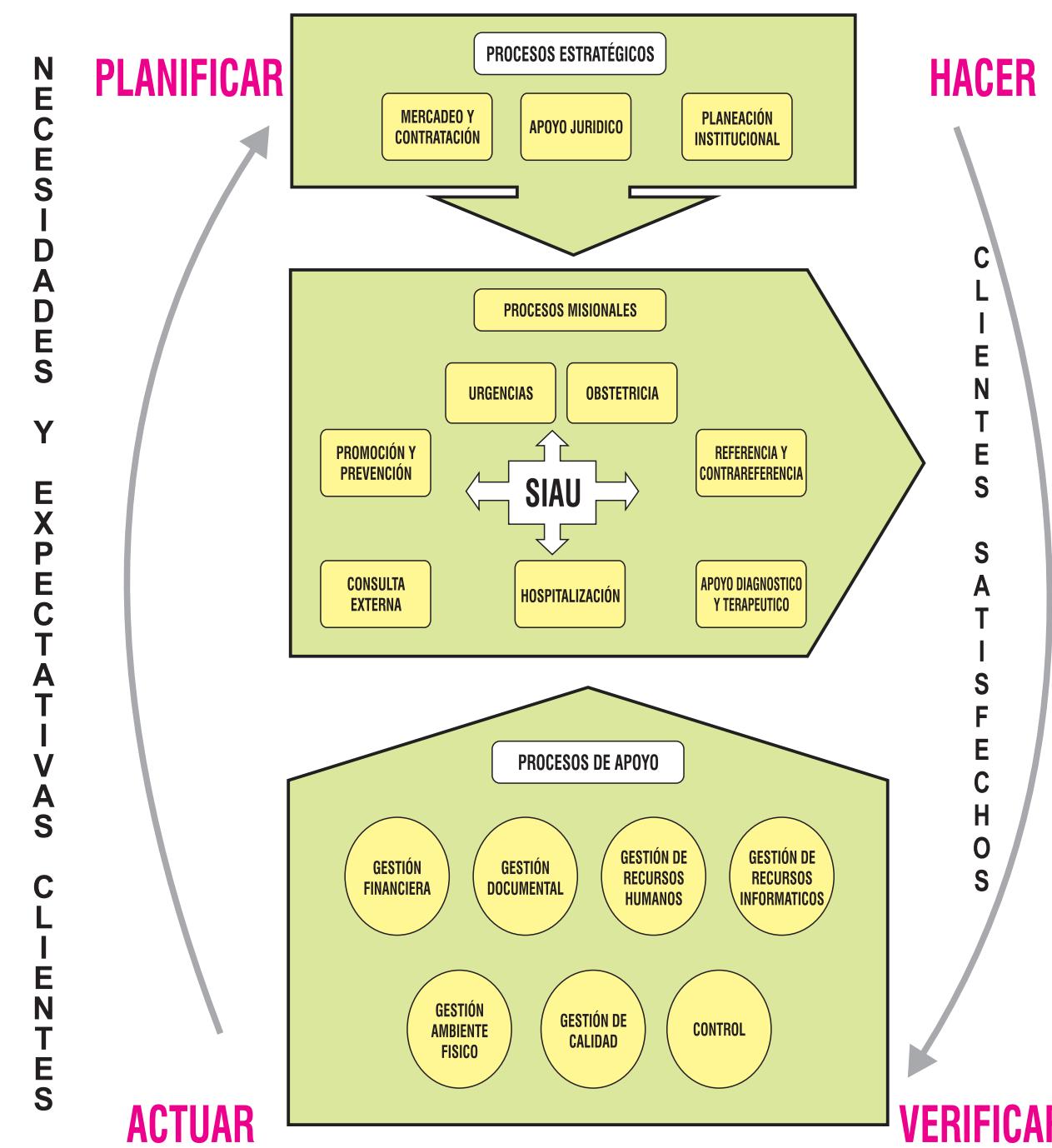
COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO: Como resultado de las evaluaciones y seguimientos y auditorías adelantadas por la Oficina de Control Interno se formularon en coordinación con las áreas respectivas, los planes de mejoramiento para, los cuales han tenido continuidad para la actual vigencia como es el caso de Oficina de Atención al Usuario (SIAU), Asignación de Citas Médicas, Archivo de Historias Clínicas, Admisiones, Notificaciones y Autorizaciones, Urgencias y Cartera.

- Se ha dado seguimiento, revisión y cumplimiento al Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría Departamental De Córdoba por la vigencia 2012. Los avances y cumplimiento del mismo fueron reportados a través de la Plataforma, el ente de control informa a la E.S.E. que ya cumplió con las actividades propuestas en el Plan de Mejoramiento Institucional pactado con el organismo de control.

PROCESOS DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y AMBIENTE FÍSICO

ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO - AÑO 2013

La ESE HOSPITAL LOCAL DE MONTELÍBANO, dentro del mapa de procesos contempla los procesos de gestión del talento humano como procesos de apoyo los cuales se clasifican de la siguiente manera:



En el primer semestre del año 2013, el área de sistemas de la ESE Hospital Local de Montelíbano, ha venido mejorando los procesos en el manejo de la información y la actualización de los módulos utilizados en el software SAFIX, ya que por el cambio de las normas y estatutos de las entidades gubernamentales, esta debe acogerse a dichas normas. También se ha ampliado la red de voz y datos, y equipos de cómputos, con el objetivo de brindarles a todas las áreas de la ESE, acceso a la información y recursos ofrecidos por esta área. En la parte asistencial se dio acceso o activación al manejo de las historias clínicas digitales (Consulta Externa, Odontología, PyP), con el objetivo de brindar una mejor atención oportuna, control y agilidad en la misma a los usuarios (Pacientes). Se habilitó un área sistematizada, donde se recepcionan la asistencia de los usuarios y entrega de fórmulas médicas, remisiones, laboratorio e imagenologías para así ofrecer un mejor servicio.

En el segundo semestre del año 2013, el área de sistemas de la ESE Hospital Local de Montelíbano, se han mejorado los procesos de información y actualización de la información, los módulos del software Safix están funcionando, los cuales son: presupuesto, nomina, tesorería, inventario se han realizado los reportes y configuraciones que se necesitan.

Se optimizo el recurso existente con el propósito de mejorar cada día más la prestación de los servicio de red y el soporte técnico dado en sitio. Garantizando así de esta manera la continuidad de los procesos en las diferentes áreas y dependencias de la ESE Hospital Local de Montelíbano, a través de la implementación de un programa de mantenimiento preventivo durante el año 2013 y la atención de solicitudes de mantenimientos correctivos que cada usuario requería. Los cuales correspondieron a las siguientes actividades:

- Asistencia inmediata en los equipos de cómputo e instalación de programas que el usuario requiera para las labores diarias.
- Instalación en red de equipos ya sea computadores o impresoras.
- Permisos en los diferentes Discos de Red según la dependencia.
- Administración y soporte a la Red de cableado estructurado.
- Cumplimiento de los cronogramas de mantenimientos trimestrales en los equipos de cómputo, para garantizar la vida útil del equipo y el correcto funcionamiento del mismo de tal manera que minimice los posibles riesgos.
- Se adquirió un servicio de internet dedicado de 4Mhz, para el óptimo funcionamiento de los procesos de las áreas de la ESE.



ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL

- Con base en lo expresado en los avances y dificultades de los anteriores subsistemas, consideramos que el Sistema de Control Interno para La E.S.E. Hospital local de Montelíbano Córdoba, se encuentra direccionado para lograr un desarrollo óptimo, mitigando los posibles riesgos; para lo cual se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a corto, mediano y largo plazo.
- La instrumentación e implementación del modelo estándar de control Interno - MECI, en la Institución, le ha permitido modernizar todos sus instrumentos de control y evaluación en forma permanente.
- Los últimos resultados de las Autoevaluaciones de la entidad y las Evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno de acuerdo a las metodologías, y los resultados de la Evaluación Encuesta - DAFF-para la vigencia 2012, obtuvieron los siguientes puntos: Puntaje MECI del 99.77%, ubicándose en el rango de cumplimiento y desarrollo óptimo; para el consolidado de la vigencia 2012.
- En cuanto al resultado de la valoración cuantitativa del Informe de Control Interno Contable, a través del CHIP se obtuvo un resultado del 4,78 para el 2012, ubicándose en el nivel máximo de calificación "ADECUADO" (Rango de 4.0 a 5.0).
- En el Hospital se ha dado cumplimiento respecto a las medidas de austeridad del gasto y existen los controles adecuados para ello, como en el consumo de papel, uso de las impresoras, uso del internet, correo institucional, servicio de acueducto, servicio de energía eléctrica, servicio de fotocopias; entre otros.
- El sistema de Control Interno ha logrado avanzar vigencia tras vigencia, de acuerdo a los parámetros del DAFF y en cumplimiento de la normatividad específica de los procesos e informes presentados por el Hospital y la Oficina de Control Interno.
- Coordinar a través de la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia Técnico Científica y los coordinadores líderes de área, las diferentes actividades encaminadas a la mejora continua para atender las dificultades identificadas en cada subsistema del presente informe, con la finalidad de seguir con las actividades de mantenimiento permanente del MECI en la E.S.E., logrando sostener los resultados de la calificación obtenida.
- La Oficina de Control Interno continuará apoyando los procesos del Hospital, para mantener los resultados obtenidos de las evaluaciones realizadas y con la finalidad de la mejora continua.
- Fortalecer y socializar en la comunidad hospitalaria la implementación de los mecanismos de participación ciudadana a través de la página web institucional, siendo dinámica y en cumplimiento de la normatividad vigente.



Mediante este informe, se pretende resaltar los avances y dificultades logrados por la E.S.E. Hospital Local de Montelibano, en los subsistemas que conforman la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –MECI-, como resultado de las actuaciones de la oficina de Control Interno durante el cuatrimestre comprendido del 02 de Enero al 31 de Diciembre de 2013; en cumplimiento del Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011. Aplicando las normas de austeridad del gasto y evaluación de gestión por dependencias de la E.S.E. Hospital local de Montelibano, de acuerdo a la normatividad expedida por el Consejo Asesor en Materia de Control Interno, Departamento de la Función Pública, Contaduría General de la Nación y Contraloría Departamental de Córdoba.



1.2. GESTIÓN Y ACTIVIDADES ADELANTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.

La entidad cuenta con la estructura Instrumental para la implementación del Sistema de Control Interno, compuesta por el Gerente, al cual le corresponde establecer, desarrollar y mantener el SCI de la E.S.E. Hospital local de Montelibano y la aplicación de las recomendaciones en materia de Control Interno; al Jefe de la oficina de Control Interno le corresponde la verificación posterior y selectiva de los elementos de control, apoyado en la organización de estos, informando las deficiencias y generando recomendaciones, para el seguimiento a planes de mejoramiento; el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, evalúa permanentemente el Sistema de Control Interno para garantizar su efectividad, cumplimiento de objetivos y metas institucionales; los Subcomités de Autocontrol, elaboran e implementan los planes operativos a nivel de grupo y los Servidores Públicos son los responsables de la ejecución del control y de la operatividad eficiente de procesos y procedimientos.

1.2.1 INFORMES Y SEGUIMIENTOS:

Para el período reportado (02 de enero de 2013 a 30 de Julio de 2013) del presente informe, en cuanto a los planes de mejoramiento institucional formulados por la Contraloría Departamental para la vigencia 2012, se ha dado continuidad y vigilancia a las actividades programadas en esa vigencia y para la actual, con miras a fortalecer los procesos internos. La Oficina de Control Interno, en compañía con el equipo directivo de la entidad, realizó el seguimiento al cumplimiento del 100% de las actividades a desarrollar, dentro del tiempo programado cumpliendo el Hospital con los indicadores establecidos del Plan de Mejoramiento Institucional por parte de los responsables. Así como el rendimiento de los informes de seguimiento del Plan de Mejoramiento Institucional en las fechas establecidas a través de la plataforma del ente de control, de acuerdo a la normatividad vigente.

RECONOCIMIENTOS DE LA VIGENCIA	14.371.498.647,75
- APORTES	0,00
- DISPONIBILIDAD INICIAL	1.449.232.333,00
- CUENTAS POR COBRAR VIGENCIAS ANTERIORES	-1.896.961.199,00
SUBTOTAL	13.833.769.781,75
COMPROMISOS DE LA VIGENCIA	12.291.188.257,60
- CUENTAS POR PAGAR DE VIGENCIAS ANTERIORES	154.429.697,61
SUBTOTAL	12.445.617.955,21
EQUILIBRIO PRESUPUESTAL	1.388.151.826,54

El Equilibrio Presupuestal, Representa el superávit fiscal a corto plazo, es decir, que sin tener en cuenta los recursos de vigencias (Disponibilidad, cuentas por cobrar y por pagar de vigencias anteriores), la ejecución presupuestal está por encima del equilibrio presupuestal esperado en \$1.388.151.826; cabe resaltar que aunque este sea el resultado presupuestal, una vez se analizan los bancos a 31 de Diciembre 2013; se obtuvo un excedente de 1.726.206.666 los cuales son tomados como Disponibilidad Inicial para el año 2014.



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PRESUPUESTAL

A 31 DE DIC. 2013

GASTOS

CONCEPTO	NOMBRE	DEFINITIVO	COMPROMETIDO	PAGADO	PORCENTAJE ESPERADO AL CIERRE 2013	Porcentaje Ejecutado Comprometido (%)	PORCENTAJE EJECUTADO PAGADO (%)
	TOTAL GASTOS	15.370.078.013	12.291.188.258	12.136.758.560	100	80	79
2	Gastos Funcionamiento	9.677.410.158	8.647.451.078	8.647.451.078	100	89	89
210	Gastos de Personal	6.397.677.880	6.228.929.774	6.228.929.774	100	97	97
21010	Gastos de Administración	2.066.707.857	1.989.097.233	1.989.097.233	100	96	96
21020	Gastos de Operación	4.330.970.023	4.239.832.541	4.239.832.541	100	98	98
22	Total Gastos Generales	2.971.928.561	2.412.876.188	2.412.876.188	100	81	81
220	Gastos Generales	2.971.928.561	2.412.876.188	2.412.876.188	100	81	81
22010	Gastos de Administración	1.736.159.000	1.454.165.518	1.454.165.518	100	84	84
2202	Comercialización de Mercancías	1.235.769.561	958.710.670	958.710.670	100	78	78
22020	Gastos de Operación	1.235.769.561	958.710.670	958.710.670	100	78	78
23	Transferencias	307.803.717	5.645.116	5.645.116	100	2	2
230	Transferencias Corrientes	307.803.717	5.645.116	5.645.116	100	2	2
23033	Otras Transferencias	288.820.717	5.645.116	5.645.116	100	2	2
3	Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios	2.979.742.565	2.614.655.049	2.614.655.049	100	88	88
34	Compra de Bienes y Servicios	2.979.742.565	2.614.655.049	2.614.655.049	100	88	88
34100	Adquisición de Servicios	863.330.745	851.533.234	851.533.234	100	99	99
34200	Compra de Bienes	2.116.411.820	1.763.121.815	1.763.121.815	100	83	83
4	Inversiones	2.712.925.290	1.029.082.131	1.029.082.131	100	38	38
480	Programas de Inversión	2.712.925.290	1.029.082.131	1.029.082.131	100	38	38
48001	Formación Brutal del Capital	311.009.088	249.459.928	249.459.928	100	80	80
48002	Gastos Operativos de Inversión	2.401.916.202	779.622.203	779.622.203	100	32	32

Para el año 2013 se comprometieron \$12.291.188.258, los cuales representan el 85.52% del total de ingresos reconocidos, se pagaron \$12.136.758.560, que representan un 86.71% del total de ingresos recaudados, siendo los gastos de personal más representativos con 97% del total de pagos en la vigencia, como se observa en el recuadro anterior.

De igual manera se presenta el análisis del manejo de Cartera Corriente, el cual corresponde al 96.81% respecto del total reconocido de la vigencia, resaltando las ventas al Régimen Subsidiado como las de mayor cuantía y puntos porcentuales en recaudos respecto de las ventas.

INGRESOS CORRIENTES 2013	TOTAL RECONOCIMIENT	TOTAL RECAUDOS	PORCENTAJE RECAUDO DE CARTERA CORRIENTE (%)
TOTAL INGRESOS CORRIENTES	11.784.459.339	11.408.779.685	96,81
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO	9.616.742	2.256.386	23,46
E.PS REGIMEN SUBSIDIADO	10.820.945.633	10.585.933.391	97,83
ENTIDAD TERRITORIAL - SUBSIDIO A LA OFERTA ATENCIÓN VINCULADOS	329.227.501	284.283.433	86,35
SALUD PUBLICA PYP	340.600.617	340.600.617	100,00
COMPANIAS DE SEGUROS - ACCIDENTES DE TRANSITO	85.880.536	1.268.463	1,48
ENTIDADES DE REGIMEN ESPECIAL (COMFAMA, MAGIST, EJERC, POLIC.)	24.794.793	24.794.793	100,00
COPAGOS - PERSONAS POBRES EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIO A LA DEMANDA	22.725.724	22.725.724	100,00
PARTICULARES	39.827.518	36.076.603	90,58

INFORME SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

En el seguimiento de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, basado en la NTC ISO 9001:2008, se realizan seguimientos periódicos a la implementación de la documentación de los mismo, al manejo adecuado de los registros, procedimientos e instructivos, se determinan arreglos, modificaciones y cambios en el diseño y/o contenido teniendo en cuenta los requerimientos y cambios en las normas establecidas por el Ministerio de salud y otros.

Se toman acciones correctivas y preventivas en el desarrollo de los procesos institucionales.

Las ambulancias terrestres con las que se disponen cuentan con la certificación del CRUE, y la Tarjeta de Identificación electrónica, se cuentan con dos nuevas ambulancias las cuales se encuentra en trámite las TIE, y en proceso de autoevaluación con la resolución 1441 para la certificación del CRUE y Habilitación.

Se le hace seguimiento y evaluación al plan de medición y análisis de gestión de eventos adversos. Reporte trimestral electrónico de Tecnovigilancia relacionado con eventos adversos no serios asociados al uso de dispositivos médicos.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2013

El PAMEC 2013 debidamente soportado, se realizo teniendo en cuenta las etapas de autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada y medición inicial del desempeño de los procesos, obteniendo como resultado el mejoramiento continuo en la calidad de los procesos de la institución, los cuales permiten cumplir con los estándares de habilitación, para así alcanzar de manera exitosa la acreditación, se hace seguimiento al plan de mejoramiento para el mejoramiento continuo, y se cierra el PAMEC 2013, y se comienza un nuevo ciclo.

ACREDITACION

Como resultado de la autoevaluación para el PAMEC y teniendo en cuenta los requisitos establecidos en la resolución 1445 del 2006 de ACREDITACION y resolución 123 Manual de acreditación en salud, se continúo con los parámetros establecidos para la acreditación de la ESE Hospital Local de Montelíbano.



HABILITACIÓN

Existe evolución continua en el cumplimiento de los nueve estándares de habilitación establecidos en la resolución 1043 de 2006, Infraestructura, Dotación y mantenimiento, Interdependencia de servicios, Seguimiento al riesgos, Referencia y contrarreferencia, Procesos prioritarios asistenciales , Recurso Humano, Medicamento y dispositivos, Historias clínicas y registros asistenciales.

Se conformo el comité para la autoevaluación con la nueva resolución 1441 de Mayo de 2013 de los nuevos estándares de Habilitación, donde se inicio con la capacitación de la nueva resolución a todo el comité para dar inicio a la autoevaluación.

SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

En cuanto al cumplimiento de la resolución 1446 del 2006, (Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud) la ESE Hospital Local de Montelibano, realiza mensualmente evaluación del reporte de los indicadores de los procesos misionales y de apoyo, los cuales sirven como herramienta para monitorizar el cumplimiento de los objetivos y desempeño de los procesos; de igual forma, remite semestralmente a la Supersalud el resultado del comportamiento de éstos indicadores, de acuerdo a las disposiciones de ley.

AUDITORIAS INTERNAS

Se cuenta con un programa de auditorías internas 2013, formatos para la realización de estas. Se encuentra diseñado y estructurado un plan de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados en las auditorias que permiten a la entidad avanzar en el sistema de gestión de la calidad.

COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad se reúne una vez al mes con el objeto de tratar, evaluar y mejorar temas de calidad para mejorar la prestación de los servicios de salud que se ofrecen a los usuarios.

SANDRA MILENA CORTES B
Coordinadora de Calidad



INFORME DE GESTION – AREA FINANCIERA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA

Teniendo en cuenta el objetivo principal del Plan Financiero de E.S.E. Hospital Local de Montelibano el cual estima las fuentes y los usos que aplicara la entidad que le permitirán financiar los programas, proyectos y actividades conllevando al mejoramiento de la salud en el Municipio, durante el período 2012 – 2015, se presenta análisis de la situación presupuestal a diciembre de 2013.

Al finalizar la vigencia fiscal 2013, se concluye que hubo una buena ejecución de los recursos incluidos en el presupuesto de ingresos y gastos vigencia 2013.

Se cumplió con los parámetros presupuestales esperados toda vez que los reconocimientos fueron mayores a los compromisos y los recaudos a los pagos, situación que favoreció ampliamente a la ESE debido a que se pudo manejar un buen flujo de caja; como se visualiza a continuación:

INGRESOS

RUBRO	NOMBRE	PRESU- PUESTO DEFINITIVO	TOTAL RECONO- CIMIENTOS	TOTAL RECAUDOS	% Esperado Cierre 2013	% Ejecutado Reconocido 2013	% Ejecutado Recaudado
01	DISPONIBILIDAD INICIAL	1.449.232.333	1.449.232.333	1.449.232.333	100	100,00	100,00
02	INGRESOS CORRIENTES	12.782.745.961	11.784.459.339	11.408.779.685	100	92,19	89,25
021100101	EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	16.000.000	9.616.742	2.256.386	100	60,10	14,10
021100102	E.PS RÉGIMEN SUBSIDIADO	11.120.000.000	10.820.945.633	10.585.933.391	100	97,31	95,20
0211003	ENTIDAD TERRITORIAL - SUBSIDIO A LA OFERTA ATENCIÓN VINCULADOS	379.283.433	329.227.501	284.283.433	100	86,80	74,95
0211006	SALUD PÚBLICA PYP	841.422.253	340.600.617	340.600.617	100	40,48	40,48
0211013	COMPANÍAS DE SEGUROS - ACCIDENTES DE TRANSITO	158.000.000	85.880.536	1.268.463	100	54,35	0,80
0211015	ENTIDADES DE RÉGIMEN ESPECIAL (CONFAMA, MAGIST, EJERC, POLIC.)	30.000.000	24.794.793	24.794.793	100	82,65	82,65
0211016	ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES	200.000	0	0	100	0,00	0,00
0211017	COPAGOS - PERSONAS POBRES EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIO A LA DEMANDA	27.000.000	22.725.724	22.725.724	100	84,17	84,17
0211018	PARTICULARES	100.000.000	39.827.518	36.076.603	100	39,83	36,08
02111	OTROS INGRESOS SSF	110.840.275	110.840.275	110.840.275	100	100,00	100,00
03	INGRESOS DE CAPITAL	1.138.099.719	1.137.806.975	1.137.806.975	100	99,97	99,97

En total se reconocieron \$14.371.498.648, que corresponden al 93.50% del presupuesto definitivo de ingresos, logrando un aumento en 4.49 puntos porcentuales respecto del año inmediatamente anterior; así mismo se recaudaron \$13.995.818.994 los cuales representan 91.06% del total de ingresos presupuestados, lo que equivale a un aumento de 21.83 puntos porcentuales respecto del año inmediatamente anterior.