

## INFORME DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL CON CORTE AL MES DE JUNIO 2023

### Planeación Estratégica Institucional

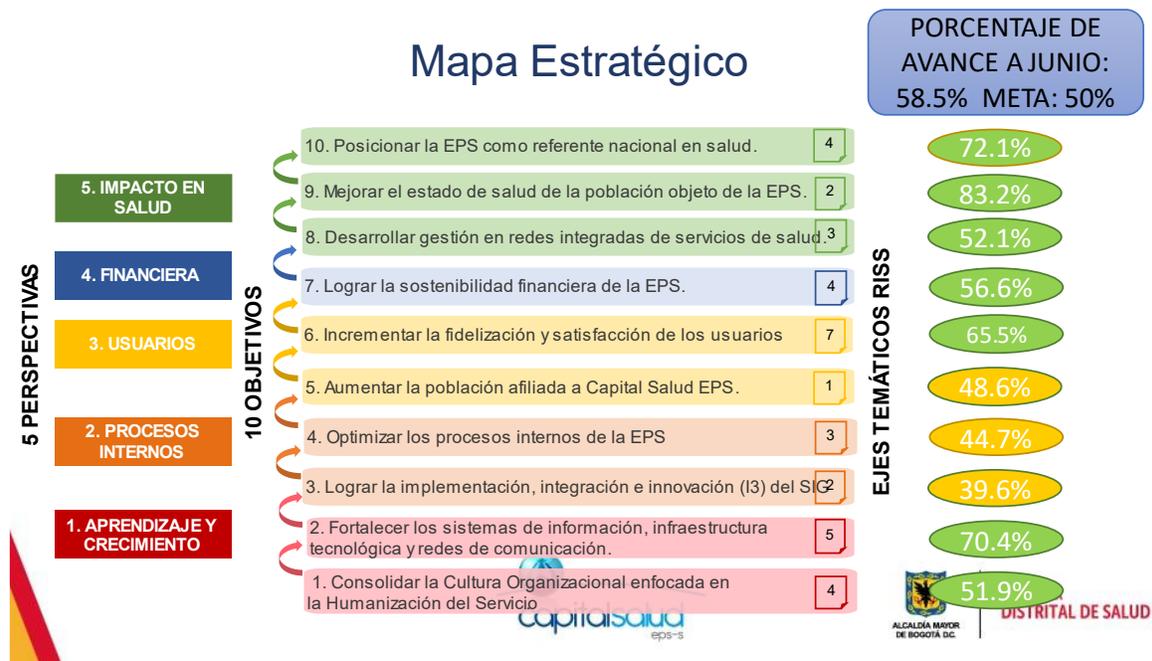
Capital Salud EPS-S en búsqueda de continuar con los más altos estándares de calidad y mejorar la satisfacción de la población afiliada, ha planeado estrategias gerenciales que permitan lograr los objetivos a los retos plasmados a través de su planeación estratégica 2021-2024 con un nuevo modelo en salud con enfoque humano, familiar y comunitario, definiendo su misión, visión, principios y valores, contemplando 10 objetivos estratégicos que impactan a 5 perspectivas en impacto en salud, adecuada atención a los usuarios, sostenibilidad financiera, mejora de procesos internos, aprendizaje y crecimiento.

Así mismo, Capital Salud EPS-S ha establecido políticas y lineamientos en cumplimiento de las normas y procedimientos que regulan su operación como asegurador, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y de manera articulada con su Plan Estratégico Institucional.

Con corte al mes de junio de 2023, Capital Salud EPS-S presentó un porcentaje de avance de sus actividades estratégicas del 58.5% frente al POA de la vigencia, desarrollado a través de estrategias definidas por la entidad, es así como para los 10 objetivos estratégicos se dio cumplimiento con resultados óptimos.

Para el seguimiento de la información del POA 2023 se definieron los siguientes parámetros de acuerdo con la metodología aprobada:

1. Para la definición mensual de cumplimiento del POA se presenta un promedio de gestión de los indicadores de las actividades estratégicas a corte del mes con el fin de representar el avance de cumplimiento de cada objetivo, como se representa en la siguiente gráfica.



### Avance de indicadores POA junio 2023

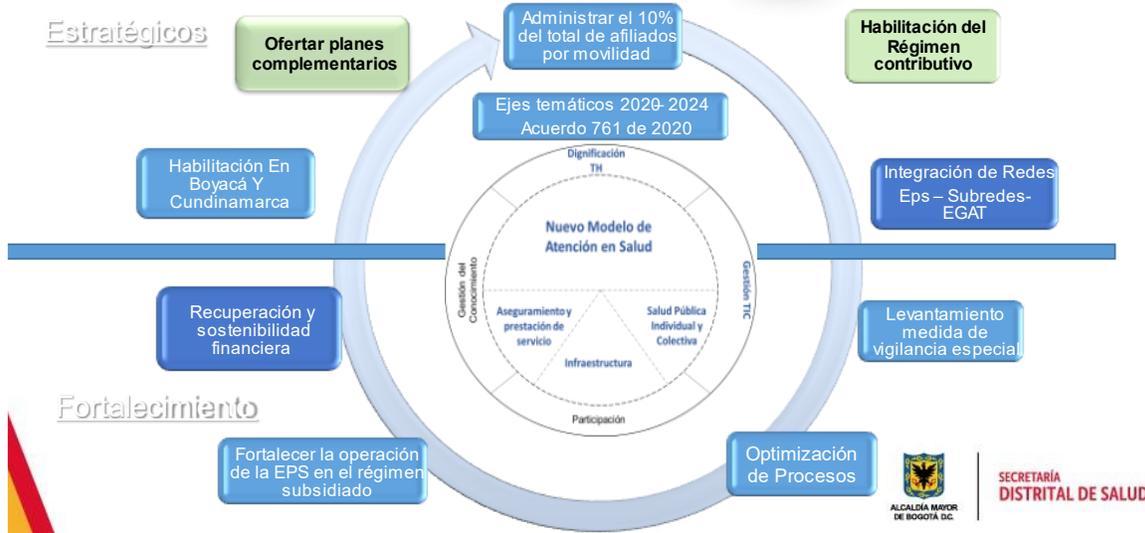
2. Durante el mes de diciembre se llevó a cabo la jornada de planeación estratégica correspondiente al desarrollo del POA 2023 con todo el equipo Directivo, estas mesas se desarrollaron el 07 y 09 de diciembre de 2022.
3. Se realizó el cargue y parametrización de las actividades estratégicas y los indicadores de gestión correspondientes a las 32 estrategias, asociadas a los 10 objetivos estratégicos.
4. Se desarrollaron mesas de trabajo con las diferentes direcciones con el fin de realizar entrega formal del POA a cada dirección, asignando roles para la gestión del reporte de cada área.
5. Así mismo se hizo retroalimentación de estado de resultados del POA 2022 a cada dirección, con el fin de realizar planes de acción que evite desviaciones de las metas planteadas.
6. De acuerdo con el P04-PE PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL – PEI Y PLAN OPERATIVO ANUAL se refieren las siguientes condiciones generales del procedentito P04-PE de acuerdo con la ejecución general del POA:

- El Plan Estratégico Institucional se da por cumplido cuando se presente un porcentaje de cumplimiento mayor o igual al 90% de la sumatoria de cumplimiento de los POA's asociados a la vigencia.
- Las Actividades Estratégicas cuyos indicadores a final de la vigencia del POA no superen el 70% de cumplimiento, se les establecerá un plan de mejoramiento de acuerdo con el procedimiento de medición, análisis y mejora (P01-GC).
- Para el caso de las actividades estratégicas que cierran el POA con un cumplimiento entre el 70% y el 90%, se clasifican como abiertas y deben pasar al siguiente año para ser ejecutadas en la nueva vigencia.



A continuación, se detalla el cumplimiento de cada objetivo estratégico a través del desarrollo y gestión que ha tenido cada estrategia y actividad estratégica, así como la articulación frente a los ejes temáticos 2020-2024 del acuerdo 761 de 2020.

# DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



		# ESTRATEGIAS	DIRECCIÓN	# ACTIVIDADES
5 PERSPECTIVAS	10 OBJETIVOS	10. Posicionar la EPS como referente nacional en salud	3	DEP 1 DCM 2 DME 2
		9. Mejorar el estado de salud de la población objeto de la EPS.	2	DME 7
		8. Desarrollar gestión en redes integradas de servicios de salud.	3	DME 3
		7. Lograr la sostenibilidad financiera de la EPS.	5	DAF 16 DEP 3 DOP 2 DME 2
		6. Incrementar la fidelización y satisfacción de los usuarios.	4	DAU 7
		5. Aumentar la población afiliada a Capital Salud EPS.	1	DAF 1 DCM 2 DEP 1
		4. Optimizar los procesos internos de la EPS	3	OCI 4 DJU 8 DAU 1 DEP 2 DOP 1
		3. Lograr la implementación, integración e innovación (I3) del SIG	3	DAF 1 DEP 8 OGR 7 DTH 3
		2. Fortalecer los sistemas de información, infraestructura tecnológica y redes de comunicación.	4	DTE 7
		1. Consolidar la Cultura Organizacional enfocada en la Humanización del Servicio	4	DTH 8
		<b>32</b>		<b>99</b>

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	1.Consolidar la Cultura Organizacional enfocada en la Humanización del Servicio	Dignificación TH	40.9%

Nº OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
1	Consolidar la Cultura Organizacional enfocada en la Humanización del Servicio	Proyecto Empatía	50%	51.9%
		Plan Engagement	52.7%	
		Gestionar competencias y conocimiento ( Escuela o universidad corporativa)	38%	
		Gestión del desempeño	67%	

### ESTRATEGIA GESTION DE DESEMPEÑO

En junio de 2023 se dio inicio a la segunda parte del Modelo de Gestión. Los módulos que se están trabajando son:

1. Evaluación Desempeño Primer Semestre: En este módulo nos encontramos realizando el plan de Capacitación.
2. Manuales de Funciones: En este módulo El Compañero Gerardo se encuentra en aprobación por parte de los jefes, Coordinadores y Colaboradores, para la entrega de estos manuales.
3. Realización Pruebas Disc por parte de todos los colaboradores de Capital.

Indicadores por Modulo:

Capacitación: Ejecución Plan: 100% Cobertura: 81%

Se tenían programadas las siguientes capacitaciones:

OR: Cobertura: 100%  
 DEP: Cobertura: 89%  
 OCI: Cobertura: 100%  
 DT: Cobertura: 64%  
 DTH: Cobertura: 94%  
 DCM: Cobertura: 100%  
 DJ: Cobertura 24%, Se reprogramo capacitación para el mes de julio 2023  
 DAF: cobertura: 106%  
 DAU: Cobertura: 74%  
 DM: Cobertura: 60%  
 DO: La Dirección no ha podido dar los espacios para las capacitaciones

En cada Capacitación se ha realizado la adherencia de esta. Hasta el mes de junio se han realizado 491 evaluaciones, con un promedio de calificación: 84.5%

DAF: 91.71%  
 DEP: 96.25%  
 DCM: 85.13%  
 DT: 90%  
 DTH: 96.18%  
 OCI: 100%  
 OR: 100%  
 DM: 86.67%  
 DAF: 77.12%  
 DJ: 93.33%

Realizar Pruebas Disc a Los colaboradores que ingresen en el mes de junio de 2023: Cumplimiento: 38%

Por cada una de las Dirección el Avance va así:

OR: Cumplimiento 100%  
 GG: Cumplimiento 0%  
 OCI: Cumplimiento 89%  
 DEP: Cumplimiento 90%  
 DT: Cumplimiento 35%

DTH: Cumplimiento 70%  
DCM: Cumplimiento 72%  
DJ: Cumplimiento 32%  
DAF: Cumplimiento 60%  
DO: Cumplimiento 33%  
DAU: Cumplimiento: 34%  
DM: Cumplimiento 31%

Se realiza la divulgación del Programa y el decálogo de humanización por los canales internos de la entidad, entre los cuales se encuentran: Correo masivo, WhatsApp institucional Capital te informa y plataforma intranet: <https://red.capitalsalud.gov.co/planeacion-de-la-atencion-al-ciudadano/>

### **ESTRATEGIA GESTIONAR COMPETENCIAS Y CONOCIMIENTO (ESCUELA O UNIVERSIDAD CORPORATIVA)**

En el momento de la contratación el Área Jurídica de Capital salud, evidenció que el proveedor elegido Performance Factor presento la cotización aportando propuesta comercial relacionando la firma LHH, por lo cual se solicitó al EGAT aclarar respecto de la razón social y naturaleza jurídica de la empresa cotizante.

Finalmente, desde el área jurídica de Capital Salud no se permitió la contratación ya que la propuesta no fue presentada directamente por Performance Factor.

Se revisará otra estrategia para iniciar la Escuela de Liderazgo.

### **Plan Engagement**

1. Vuelta al sol: Se continua con el reconocimiento público en la fecha de cumpleaños de los colaboradores que cumplen años con un mensaje de felicitaciones y con la publicación de la tarjeta personalizada de cumpleaños. Número de personas impactadas en el mes 91.

2. Se continúa reconociendo a nuestros trabajadores en las fechas importantes como estrategia para mejorar el clima laboral, aumentar el bienestar de los trabajadores y alcanzar los objetivos institucionales, por lo cual se han implementado algunas técnicas de reconocimiento laboral, tales como el reconocimiento de las fechas importantes. Para este mes contamos con 1 condolencia, 1 celebraciones de profesiones, 1 celebración día del padre.

3. Caminata Río San Francisco de Vicachá - Se realizó el sábado 24 de junio con el acompañamiento del IDRD. Participaron 45 colaboradores.

4. Actividad pasadías gestionados con Compensar. 36 trabajadores y 48 familiares disfrutaron de un pasadía en Lago Sol sede de Compensar en Girardot, donde disfrutaron de un día con actividades lúdicas, piscina y compartieron un delicioso refrigerio y almuerzo.

Aliados estratégicos:

5. Se continuo con la socialización y mantenimiento del plan que tiene Emermédica para los trabajadores de Capital Salud EPS-S. Participaron 96 trabajadores de la sede Compensar Torre B.

6. Se realizó la socialización y mantenimiento de los planes que tiene diseñado el Grupo Recordar para los trabajadores de Capital Salud. Participaron 140 trabajadores de la sede Compensar Torre A y b y la sede Calle 40.

7. Se realizó la socialización y mantenimiento de los servicios y beneficios que ofrece Cooptalentum para los trabajadores de Capital Salud. Participaron 30 trabajadores de la sede Compensar Torre A.

8. Se realizó la entrega de 140 un souvenir a los trabajadores que están afiliados a Cooptalentum, en ocasión del cumpleaños número 15 de la Cooperativa.

9. Se realizo el proceso de contratación de las siguientes actividades:

Bingo con todos los trabajadores.  
Inscripción torneo de bolos Bogotá y Villavicencio  
Inscripción torneo de Fútbol 5 femenino y masculino  
Vacaciones recreativas hijos de los trabajadores Bogotá  
Actividad recreativa para los hijos de los trabajadores Villavicencio  
Entrega dulces niños

Durante el mes de junio, se realizaron 2 jornadas de inducción institucional, donde se les dio la bienvenida y el recorrido por las diferentes áreas de la organización a 20 nuevos colaboradores.

Así mismo, se llevó a cabo las sesiones de evaluación y desempeño, donde participaron 291 colaboradores.

La capacitación sobre gestión documental llegó a 26 colaboradores, quienes manejan de manera activa los temas archivísticos y de organización.

Propendiendo por el desarrollo de habilidades blandas de 13 líderes de la línea de frente, se logró fortalecer sus conocimientos en liderazgo, comunicación asertiva, trabajo en equipo y negociación con el taller dictado.

También, en alianza con el Concejo de Bogotá, 8 colaboradores se capacitaron en lenguaje de señas, con el fin de facilitar la atención e integración de las personas con diversidades auditivas.

Finalmente, se capacitó a los líderes de la DAU en demanda inducida, ciclo de vida Adultez y Vejez.

Para el mes de junio el plan de trabajo del SG-SST contaba con 13 actividades planeadas las cuales ejecuto en su totalidad, para un cumplimiento total del avance en el plan de un 50%, las actividades contempladas en el mes de junio son:

- Comunicación de las responsabilidades en SST, por medio de matriz con los niveles de la organización
- Capacitación al comité en tema de investigación de accidentes, se anexa soporte de listado de asistencia
- En el mes de junio se brindo inducción en SST a 24 nuevos integrantes a la familia Capital Salud.
- Desde SST se proyecta pieza comunicativa para dar a conocer las modalidades de acoso laboral.
- Se han ejecutado los exámenes médicos ocupacionales periódicos para el personal de los municipios del Meta
- Seguimiento casos médicos: se realizaron 8 seguimientos a trabajadores que han reportado su condición de salud, o por identificación de incapacidades
- Pausas activas: en el mes de junio se desarrollaron pausas activas en sede compensar Torre B, calle 73 y calle 40 y Villavicencio
- se realizo inspección de puesto de trabajo a caso medico de granada
- se desarrollo la jornada practica para los brigadistas de las sedes Bogota y Villavicencio
- en las visitas a sedes se desarrollan inspecciones de seguridad para identificar todo lo que puede colocar en riesgo a los trabajadores y reportar a el área administrativa para subsanar estos hallazgos
- adicional por la ley de garantías se gestiono todo lo necesario para la logística y compra de material de la semana de la salud

### ESTRATEGIA PROYECTO EMPATÍA

Para el mes de junio se logró la selección del contratista para el objeto de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial, por lo que se proyectó el contrato se formalizo, se adquirieron las pólizas, se realizó acta de inicio y se planeó el cronograma de trabajo.

anexo:

- contrato
- pólizas
- acta de inicio
- designación supervisión

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
APRENDIZAJE CRECIMIENTO	2. Fortalecer los sistemas de información, infraestructura tecnológica y redes de comunicación.	Infraestructura Gestión TIC	70.4%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
2	Fortalecer los sistemas de información, infraestructura tecnológica y redes de comunicación	Divulgar servicios ofrecidos por DTE con impacto en uso y apropiación de las herramientas tecnológicas por los usuarios	40%	70.4%
		Generar Plan de Contingencia Tecnológico que garantice la continuidad de los servicios	94%	
		Gestionar la capacidad de la Infraestructura Tecnológica (IT) para garantizar la disponibilidad de los servicios	98%	
		Sistematizar los procesos misionales, estratégicos y/o de apoyo prioritizados que generen valor en la toma de decisiones	49.7%	

Dentro del objetivo número 2. "Fortalecer los sistemas de información, infraestructura tecnológica y redes de comunicación", se presenta seguimiento a través del PETI se evidencia la articulación

frente al objetivo y el POA, a través de las estrategias de:

1. Sistematizar los procesos misionales, estratégicos y/o de apoyo priorizados que generen valor en la toma de decisiones.
2. Generar Plan de Contingencia Tecnológico que garantice la continuidad de los servicios.
3. Divulgar servicios ofrecidos por DTE con impacto en uso y apropiación de las herramientas tecnológicas por los usuarios.
4. Gestionar la capacidad de la Infraestructura Tecnológica (IT) para garantizar la disponibilidad de los servicios.

De esta forma el área de tecnología aporta con el cumplimiento del objetivo número 2, a través de las estrategias mencionadas anteriormente, seguimiento que se realiza mensualmente a través del cumplimiento de las actividades estratégicas del POA 2023, que están a cargo de la Dirección de Tecnología.

**ESTRATEGIA DIVULGAR SERVICIOS OFRECIDOS POR DTE CON IMPACTO EN USO Y APROPIACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS POR LOS USUARIOS**

Nombre Actividad	Descripción Actividad	Porcentaje de avance	Comentario Seguimiento
Implementar Sistema financiero SAP para Capital Salud EPS	Implementar Sistema financiero SAP para Capital Salud EPS	40%	.

**ESTRATEGIA GENERAR PLAN DE CONTINGENCIA TECNOLÓGICO QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS**

Actividad estratégica que se plantea para eliminación desde la DTE.

Se realiza validación de las observaciones recibidas a los términos de referencia

<> Se declara desierto el proceso contractual toda vez que no se presentó ninguna oferta económica por parte de los proveedores, indagando con los mismo y SAP se determinó que de acuerdo a lo manifestado por SAP no se podía disponer de dos VAR para la contratación del licenciamiento que se encuentra pendiente, por tal motivo fue necesario dividir el proceso en dos partes, la primera que contiene la adquisición de licenciamiento directamente suministrado por SAP, y la segunda con solo los servicios de implementación.

<> Se solicito a la SHD concepto con SAP para continuar con la sesión del licenciamiento de acuerdo con los resultados del proceso contractual

**ESTRATEGIA SISTEMATIZAR LOS PROCESOS MISIONALES, ESTRATÉGICOS Y/O DE APOYO PRIORIZADOS QUE GENEREN VALOR EN LA TOMA DE DECISIONES**

Durante el mes de mayo se realizaron las siguientes actividades: Salida en operación SGDEA

- Capacitación SGDEA / Coordinadores
- Logística salida en operación SGDEA
- Logística SGDEA
- Validación token / SGDEA
- Capacitación masiva SGDEA
- Capacitación masiva SGDEA
- Validación token / SGDEA
- Capacitación SGDEA / PQRSD
- Sesión validación observaciones finales flujo PQRSD / SGDEA
- Token sires SGDEA
- Capacitación SGDEA-TIPIFICACION
- CAPACITACION GENERAL DE TRAMITES PQRSD-SGDEA
- Capacitación SGDEA Áreas Colaborativas
- Capacitación SGDEA áreas Colaborativas
- Proyecto SGDEA / Arquitectura de seguridad
- Validación correos Azure para el proyecto de SGDEA
- Prueba usuarios SGDEA azure.

Se realizaron los primeros acercamientos con los proveedores para darles a conocer la necesidad de Capital Salud y poder recibir la cotización para iniciar el proceso de contratación.

En el mes de mayo se realizó el lanzamiento de la APP de Capital Salud y ya se encuentra disponible en Play Store y APP Store para su descarga.

Con nuestra nueva aplicación podrás:

- Solicitar citas médicas
- Solicitar Autorizaciones sin desplazarte.
- Generar certificados de afiliación.
- Consultar nuestra red prestadora de servicios.

- Realizar la actualización de datos.  
En Capital Salud EPS estamos mejorando para ofrecerle a nuestros usuarios mejores herramientas y servicios.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
PROCESOS INTERNOS	3. Lograr la implementación, integración e innovación (I3) del SIG.	Gestión del Conocimiento	34.5%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
3	Lograr la implementación, integración e innovación (I3) del SIG	Determinar proyecciones asociadas a la sostenibilidad financiera	25%	39.6%
		Fortalecer el Desarrollo Organizacional	44.1%	
		Fortalecer la gestión del riesgo	49.9%	

#### ESTRATEGIA DETERMINAR PROYECCIONES ASOCIADAS A LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Capital Mínimo: Se cumple la condición financiera.

Patrimonio mínimo: La condición financiera no se cumple actualmente. Aunque en el mes de junio se generó una utilidad que contribuyó a reducir la brecha entre el patrimonio adecuado y el técnico, dicha utilidad no es suficiente. Por lo tanto, se reitera la necesidad de llevar a cabo una capitalización para cumplir con esta condición

Régimen de inversión: La condición financiera no se cumple debido a que el saldo total de las cuentas experimentó una reducción del 11%. Por el pago de liquidaciones contractuales de la vigencia 2022.

#### ESTRATEGIA FORTALECER EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL

De acuerdo con el cronograma de actividades del proceso de Gestión Documental para el mes de junio se tenían programadas un total de 30 actividades de las cuales se cumplieron con 23 actividades. Lo anterior debido a la contingencia presentada para responder al concepto técnico del Consejo Distrital de Archivos de Bogotá D.C. sobre las Tablas de Retención Documental. Dichas actividades estaban relacionadas con instrumentos archivísticos, organización de archivos, documentos del SGC, Proyectos (inventarios en estado natural e implementación SGDEA), recepción de historias clínicas, entre otros.

Nota: las evidencias tienen un tamaño elevado que no permite cargar en Almera.

Durante el mes de junio se remitió formalmente el 02 de junio la circular donde se remite el formulario FURAG 2022, así mismo se han realizado mesas de acompañamiento, se crearon las carpetas para el cargue de los soportes, así mismo se remitieron todos los documentos de estudio para el diligenciamiento.

El 30 de junio se remite el correo para el diligenciamiento del aplicativo el cual se encuentra abierto a partir de 22 de junio de 2023 hasta el 25 de julio de 2023.

Para el mes de junio se solicitó la publicación de una pieza comunicativa, con el objetivo de dar a conocer los resultados y el fortalecimiento que se viene evidenciando a través de las vigencias 2020 - 2021 - 2022.

La pieza será publicada en la primera semana de julio por medio de la página web de la EPS y el correo institucional.

Se ejecutan las mesas de trabajo correspondientes durante el mes de mayo con los líderes de proceso. Para este periodo se cuenta con un avance de indicadores revisados, aprobados y con medición por parte de los líderes de proceso del 51.81%.

- corte 30 de mayo

Indicadores que presentan medición 51.81%.

Indicadores que no presentan medición 48.19%.

Del total de procesos de la entidad (66), el 54.5% (36) presentan indicadores vinculados, el restante 45.5% (30) no cuentan con indicadores asociados.

Desde la Dirección de estrategia y planeación se llevó a cabo las retroalimentaciones del POA con el avance a corte del mes de junio para cada Dirección mayo de 2023, desde la Dirección de Estrategia y Planeación se realiza seguimiento a cada una de las direcciones, retroalimentando sobre el estado de avance y cumplimiento de las actividades estratégicas y sus indicadores, adicionalmente se realizan los acompañamientos frente al reporte y cargue en el aplicativo Almera,

Se continúa realizando acompañamientos a los referentes de cada área, así como capacitando a cada responsable operativo con el respectivo cargue en el aplicativo Almera.

De esta forma se llevó a cabo la entrega formal y solicitud de ejecución del POA del 2023 a cada Dirección con corte al mes de junio.

Desde la dirección de Estrategia y Planeación, se lleva a cabo el seguimiento del P004-PE PROCEDIMIENTO DE EJECUCION Y SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL -PEI Y PLAN OPERATIVO ANUAL - POA, en su condición general número 12, el cual refiere "Las Actividades Estratégicas cuyos indicadores a final de la vigencia del POA no superen el 70% de cumplimiento, se les establecerá un plan de mejoramiento de acuerdo con el procedimiento de medición, análisis y mejora (P01-GC)", nos permitimos informar que para el cierre del POA 2022, se presentó un cumplimiento de meta del 50.01% para la siguiente actividad estratégica:

- Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas de las variables de los indicadores para el cálculo de indicadores de viabilidad financiera.

Razón por la cual se generó el desarrollo del plan de mejora.

#### **ESTRATEGIA FORTALECER LA GESTIÓN DEL RIESGO**

Durante el mes de junio se realiza la clasificación de los 115 riesgos de la entidad mediante las mesas de trabajo realizadas con los líderes de proceso en los subsistemas de riesgos establecidos.

Se realizan mesas de trabajo con líderes de procesos y sus colaboradores con el objetivo de identificar nuevos riesgos, realizar ajustes de controles y riesgos, valoración de riesgos y controles, así mismo reclasificación de los riesgos teniendo en cuenta la circular externa 004/18 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Durante el mes de junio de 2023 se realizaron las siguientes mesas de trabajo:

1. Reunión con Gestión de Tutelas el 1 de junio de 2023
2. Reunión con el proceso Compensación y Nómina el 2 de junio de 2023
3. Reunión con Requerimientos a Entes y Conciliaciones y Demandas el 7 de junio de 2023
4. Reunión con Gestión Clínica el 7 de junio de 2023
5. Reunión con Dirección de Tecnología el 8 de junio de 2023
6. Reunión con Control Interno el 29 de junio de 2023

Se realizan mesas de trabajo con líderes de procesos y sus colaboradores con el objetivo de identificar nuevos riesgos, realizar ajustes de controles y riesgos, valoración de riesgos y controles, así mismo reclasificación de los riesgos teniendo en cuenta la circular externa 004/18 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Durante el mes de junio de 2023 se realizaron las siguientes mesas de trabajo:

1. Reunión con Gestión de Tutelas el 1 de junio de 2023
2. Reunión con el proceso Compensación y Nómina el 2 de junio de 2023
3. Reunión con Requerimientos a Entes y Conciliaciones y Demandas el 7 de junio de 2023
4. Reunión con Gestión Clínica el 7 de junio de 2023
5. Reunión con Dirección de Tecnología el 8 de junio de 2023
6. Reunión con Control Interno el 29 de junio de 2023

Para la vigencia 2022 se evidencia 2 eventos de riesgos materializados, identificados en el mes de marzo de 2023 el primero en el macroproceso Gestión Legal y Jurídica, proceso Conciliaciones y Demandas, el segundo en el macroproceso Gestión de la Movilidad entre Regímenes.

Con corte al mes de junio de 2023 se identifican 6 riesgos en nivel extremo correspondiente a los procesos Cuentas Médicas, Recobro a la capitación y Planeación Financiera para riesgo inherente, en el riesgo residual en nivel extremo se encuentra un riesgo correspondiente al proceso Recobro a la capitación.

Durante el mes de junio se realizó el proceso de inducción al personal nuevo en la entidad la cual se realizó de forma virtual, vía Teams por medio de la invitación realizada por formación y bienestar.

En la inducción se indicó conceptos bases para el conocimiento del Sistema de Administración del Riesgo (SARLAFT) y el Subsistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno (SICOF), indicando la importancia de estos riesgos, su impacto en la entidad y los elementos base de estos.

Igualmente, durante el mes de mayo de 2023, se tiene habilitado el curso SARLAFT nivel 1 y 2 el cual se ha venido indicando al personal nuevo la obligatoriedad de realizarlo.

Actividad junio 2023

Inducción Institucional - 21  
 Reinducción Institucional - 0  
 Capacitación áreas Clave - 0  
 Curso virtual SARLAFT nivel I - 33  
 Curso virtual SARLAFT nivel II - 25

Además, para el mes de junio se realizó una campaña de socialización sobre la realización del curso de SARLAFT nivel I y II por medio del correo de comunicaciones

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
PROCESOS INTERNOS	4. Optimizar los procesos internos de la EPS	Gestión del Conocimiento	44.7%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
4	Optimizar los procesos internos de la EPS-S	Diseñar e Implementar la Reingeniería de Procesos	41.6%	44.7%
		Fortalecimiento proceso tutelas y políticas daño antijurídico	50%	
		Promover la Cultura de la Mejora Continua	42.6%	

#### ESTRATEGIA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA REINGENIERÍA DE PROCESOS

En el mes de mayo se realizó reunión para revisión de expedientes contractuales y se realizó compromisos

1. De acuerdo con cronograma se realizó el listado de los procesos y procedimientos, en el momento se cuenta con 25 documentos en proceso de actualización

Se ha realizado el ajuste de varios formatos los cuales se encuentran en revisión por parte de la coordinación de contratación

2. Se realizo matriz de los contratos asistenciales celebrados en el mes de mayo

3. Se realizo matriz de los contratos administrativos celebrados en el mes de mayo

#### ESTRATEGIA FORTALECIMIENTO PROCESO TUTELAS Y POLÍTICAS DAÑO ANTIJURÍDICO

Durante el mes de junio se atendió las actuaciones procesales dentro del término establecido por la ley. Evidencia: informe SAC junio

El 29 de junio reenvió solicitud de información de seguimiento a la Dirección Administrativa y Financiera, Dirección de Operaciones y Dirección Médica

Durante el mes de junio se atendió las actuaciones procesales dentro del término establecido por la ley. Evidencia: informe SAC junio

Para el mes de junio se realizaron 4 reuniones del comité de tutelas no institucionalizado o mesas de trabajo interareas en las siguientes fechas: 06 de junio de 2023, 13 de junio de 2023, 20 de junio de 2023 y 27 de junio de 2023. En dichas mesas se hace una revisión pormenorizada de casos definiendo compromisos, alcance y manejo. Estas reuniones se realizan con la participación coordinada médica de tutelas, red y contratación, MIPRES, autorizaciones, POOL DOMI, profesional de medicamentos, subdirectores de sucursal y sus respectivas coordinaciones médicas para determinar actividades de seguimiento a incidentes de desacato, sanciones y en general atenciones integrales de casos críticos.

Para el mes de junio fueron asignados 212 casos para realizar y cargar en el Sigsc los análisis y/o conceptos médicos, de los cuales se realizaron 212 análisis y/o conceptos médicos que corresponde al 100 % del número total de tutela asignadas en salud, garantizando así el cumplimiento del indicador con la entrega de los conceptos médicos y gestiones para el sustanciamiento jurídico por parte del abogado.

### **ESTRATEGIA PROMOVER LA CULTURA DE LA MEJORA CONTINUA**

A partir de los roles asignados a la oficina de Control Interno, se obtuvo la aprobación del Programa Anual de Auditoría por parte de la Gerencia, del Comité de Contraloría Interna el 14 de febrero de 2023 mediante acta No. 1, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 15 de febrero de 2023, mediante acta No. 5, el cual se encuentra alineado con la Planeación Estrategia Institucional, Modelo Integrado de Planeación y Gestión y las recomendaciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Oficina de control Interno tiene una meta esperada del 93% el conforme a cada una de las actividades a realizar. Para el mes de junio 2023 obtuvo un 93% en base a las actividades propuestas en el cronograma relacionadas a Evaluación Independiente Control Interno, Evaluación Independiente Control Interno Auditoria Cíclicas, Informes Normativos, Seguimiento de Riesgos, Seguimientos Internos, Reportes a Organismos de Control.

En el mes de junio de 2023, la Oficina de Control Interno conforme a la aprobación del plan de auditoría, el jefe de la oficina aprobó el cronograma conforme a su distribución de Riesgos y controles para empezar a realizar esta evaluación en el mes de marzo de 2023.

En tal sentido la meta esperada para el mes de junio es de 49.98%, donde obtuvo avance porcentual del 23.53% que corresponde a la presentación de informes radicados a las áreas de igual forma para este mes se adelantaron gestiones correspondientes frente a la evaluación de los riesgos y controles de los procesos de la EPS-S conforme al cronograma establecido.

En el mes de junio de 2023, la Oficina de Control Interno remitió el borrador del "Código del auditor interno" para revisión de la Jefe de la Oficina el 22 de junio 2023, así mismo con los profesionales de la OCI se validó el procedimiento P03-CI Atención de Visitas, Formulación de Planes de Mejoramiento y Seguimiento Auditorias Contraloría de Bogotá y General de la República para ajustes conforme a los lineamientos impartidos.

En tal sentido la meta esperada para el mes de junio es de 49.98%, se obtuvo un avance del 55% que corresponde al avance de revisión de los documentos por parte de la Jefe de la OCI y revisión del P03-CI por parte de los profesionales, con lo anterior se espera avanzar en la construcción y actualización de los documentos pendientes a cargo de la OCI.

Conforme a lo anterior se precisa que el resultado de la evaluación se realizara hasta la tercera semana del mes de julio 2023 y enero 2024, sin embargo, la Oficina de control Interno realiza seguimiento mensual al plan de mejoramiento suscrito del Sistema de Control Interno.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 que modifica el artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011 y 231 del Decreto 019 de 2012, así: "Artículo 14. Reportes del responsable de control interno. El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, (...) deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave (...)".

En ese mismo sentido, el Decreto 807 de 2019, con el cual se reglamenta la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG, contempla la dimensión de Control Interno cuyo objetivo comprende garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional, velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, proteger los recursos buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten y aumentar la confianza de los ciudadanos en la EPS-S. En consecuencia, la Oficina de Control Interno evaluó de manera objetiva e independiente la articulación y desarrollo de las políticas de gestión y desempeño contenidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y su efectividad en relación con la estructura de control, con el propósito de emitir recomendaciones con alcance preventivo que aporten al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la EPS-S, las actividades de evaluación de riesgos y la eficacia de los controles.

Así pues, se obtuvo avance del 94%, evidenciando que de los 81 lineamientos previstos por DAFP, se identificó:

- 63 lineamientos calificados como Mantenimiento del Control
- 12 lineamientos calificados como Oportunidad de Mejora
- 6 lineamientos calificados como Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)

En los anteriores términos, la Oficina de Control Interno solicitó a los líderes de proceso formular plan de mejoramiento que permita robustecer el Sistema de Control Interno de la entidad y la obtención de mejores resultados en el seguimiento que se adelantará para el segundo semestre 2023, aun cuando se observa mejora significativa versus evaluación previa.

Desde la Dirección de Estrategia y planeación, se realizaron las siguientes actividades del programa de auditoría:

Desarrollo y aprobación de la metodología de auditorías internas.

Desarrollo y aprobación del Formato Programa de Auditorías

Desarrollo y aprobación del Formato de Plan de Auditorías

Desarrollo y aprobación del Formato de Informe de Auditoría

Desarrollo y aprobación del Formato Percepción de Auditoría

Estos documentos fueron trabajados frente a la actualización documental bajo los estándares de la norma ISO 9001:2015.

A la fecha se está trabajando la publicación y socialización con todo los líderes de proceso

De las 413 tareas acumuladas programadas para realizar, se ejecutaron 317 para un cumplimiento del 77%. Es de informar que las tareas que al corte de mayo 2023 se encuentran en atraso son las correspondientes a la acción 8.2 de la actividad 8 relacionada con la Implementación del sistema financiero ERP SAP para CAPITAL SALUD EPS-S que permita la integración con el sistema misional de la EPS-S.

Adicionalmente la acción 1.2 de la actividad 1 y la acción 15.1 relacionada con la actividad 15 ambas correspondientes a la liquidación de contratos.

Es importante mencionar que, para este periodo se pasaron de 381 a 413 tareas dado que, una vez revisados los listados de los contratos a liquidar, se encontró que en el listado del cronograma se deben agregar algunos contratos no incluidos. Adicionalmente, teniendo en cuenta que la entidad se encuentra en constante verificación de su información, se procedió a actualizar el listado con otros contratos de vigencias anteriores a diciembre 2021 los cuales se han liquidado y de los cuales se procedieron a anexar, lo cual incrementó las tareas ya mencionadas.

Se realizó la socialización y medición de adherencia al modelo de atención por medio de capacitación y evaluación.

Se logró realizar la medición de adherencia al proceso a 176 colaboradores obteniendo un resultado de 91% en el indicador.

Actualmente se encuentra en proceso de socialización y medición los procedimientos de Call center y PQRD.

Con el objetivo de continuar con la implementación de mecanismos de control que mitiguen la pérdida de usuarios, originados por la calidad de los datos en el proceso de afiliaciones, se realizan las siguientes acciones:

Se lleva a cabo la capacitación y auditoría, sobre el correcto diligenciamiento de los formularios de afiliación, a partir del estricto cumplimiento del cronograma y el plan de capacitación el cual es ejecutado con los temas y fechas allí establecidas.

El plan de capacitación, tiene como objetivo: Fortalecer las competencias del Talento Humano del proceso de Operaciones referente a los temas que competen en el proceso de afiliaciones, mediante proceso de capacitaciones y la gestión del conocimiento con el fin de brindar calidad de servicio a los usuarios de la EPS CAPITAL SALUD.

Así mismo se cuenta con un plan de auditoría integral al proceso de Operaciones el cual es ejecutado en un 100% y documentado en la base de datos (Auditoría Operaciones) y se cuenta con un registro de las devoluciones realizadas por las diferentes hallazgos y causas identificadas.

A la fecha se realizaron las siguientes capacitaciones:

30 de mayo 2023: se programó una (1) capacitación sobre el correcto diligenciamiento de las afiliaciones, así como, la socialización del proceso de afiliaciones y banco de dudas de referencia y contrareferencia. (Evidencia: Acta y listado de asistencia).

30 de junio 2023: se programaron una (a) capacitación donde se socializo el proceso de ingreso a afiliados, asignación de IPS y auditoría. (Evidencia: Acta y listado de asistencia).

Archivo del proceso de afiliaciones la fuente que dice PAU es auditada 100% por el área de Operaciones.

- Formulario con soportes completos.
- Firmas en los formularios
- Confirmación de datos contra el documento de Identidad
- Soportes legibles
- Que se encuentre cargado correctamente en el sistema de información si no es así aplicar las novedades necesarias.

Se realiza un análisis del trámite de movilidad, de acuerdo con el Sistema único de Trámites se tiene como meta cumplir 5 días hábiles para la respuesta de las solicitudes correspondientes, como resultado se cuenta con un promedio de respuesta en 2.8 días, cumpliendo el 100% del indicador propuesto.

De otra parte, se realiza un análisis de las solicitudes de afiliación gestionadas en el área.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
USUARIOS	5. Aumentar la población afiliada a Capital Salud EPS.	Aseguramiento y prestación de servicio	48.6%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance
5	Aumentar la población afiliada	Ampliar la cobertura de afiliación en nuevos y actuales territorios	48.6%

#### ESTRETAGIA AMPLIAR LA COBERTURA DE AFILIACIÓN EN NUEVOS Y ACTUALES TERRITORIOS

Capital Salud EPS-S recibió el día 16 de febrero de 2023 comunicación de la Supersalud con radicado No. 20233100100199651, por la cual la Supersalud informa la actualización de la capacidad de afiliación de la Entidad en la plataforma del sistema de afiliación transaccional SAT del Minsalud, incluyendo el municipio de Soacha.

Posteriormente, la EPS remitió comunicación con el radicado 0222235670632 del 22 de febrero de 2023 dando respuesta a las observaciones emitidas por la Supersalud en el radicado 20233100100199651 e informando que iniciará operaciones en el Municipio de Soacha, Cundinamarca el 1 de abril de 2023.

En junio por cada uno de los canales de atención establecidos por la EPS-S para afiliaciones se realizaron un total de 18,000 ingresos en el régimen subsidiado, para un acumulado de 102,269 lo que equivale a un 41% de acuerdo con la meta establecida.

En junio se presenta una disminución de 9.181 afiliados, de acuerdo con la meta establecida de 12.663 afiliados netos el porcentaje obtenido para junio es de -129%, la causa de retiro en su mayoría corresponde a registros activos con PE ( el documento PE tenía vigencia hasta el 28 de febrero de 2023) del mismo modo se continúa fortaleciendo las campañas de telemarketing informando a los usuarios migrantes venezolanos la importancia de la actualización de datos.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
USUARIOS	6. Incrementar la fidelización y satisfacción de los usuarios.	Aseguramiento y prestación de servicio y Infraestructura	49.8%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
6	Incrementar la fidelización y satisfacción de los usuarios.	Fortalecer Los Canales De Comunicación e Información	99%	65.5%
		Actualizar el Modelo De Atención Al Usuario	50.3%	
		Conocer al Usuario – Generar confianza al usuario	50.3%	
		Fortalecer la Atención Humanizada – Mantenerse en contacto con el usuario y su familia	62.4%	

Dentro del objetivo número 6. Incrementar la fidelización y satisfacción de los usuarios se presenta seguimiento a través del PETI, se evidencia la articulación frente al objetivo y el POA, a través de las siguientes estrategias:

1. Actualizar el Modelo De Atención Al Usuario
2. Conocer al Usuario – Generar confianza al usuario
3. Fortalecer la Atención Humanizada – Mantenerse en contacto con el usuario y su familia
4. Fortalecer Los Canales De Comunicación e Información

De esta forma el área de Atención al usuario aporta con el cumplimiento del objetivo número 6, a través de las estrategias mencionadas anteriormente, seguimiento que se realiza mensualmente a través del cumplimiento de las actividades estratégicas del POA 2022, que están a cargo de la Dirección de atención al usuario.

#### **ESTRATEGIA ACTUALIZAR EL MODELO DE ATENCIÓN AL USUARIO**

Con corte al 30 de junio de 2023 se ejecutaron 4.5 actividades de un total de 5 programadas dentro del cronograma de implementación.

Se realizó la socialización y medición de adherencia al modelo de atención por medio de capacitación y evaluación.

Actualmente se encuentra pendiente la socialización del modelo de atención al usuario con la Asociación de Usuarios.

#### **ESTRATEGIA CONOCER AL USUARIO – GENERAR CONFIANZA AL USUARIO**

Con corte al 30 de junio de 2023, se obtiene el siguiente resultado:

Al realizar la revisión del aplicativo de Capital Salud SIGCS, se encuentra que el porcentaje de cierre mes de las manifestaciones es el siguiente: enero 100%, febrero 100%, marzo 100%, abril 98%, mayo 97%, junio 14%

Tasa promedio 2023: 330

Para el mes de junio se realizó medición de la experiencia mediante 2365 encuestas realizadas bajo procedimiento PR-005-AUS

Resultados:

Experiencia:  $2136 / 2365 = 90\%$

Recomendación:  $2184 / 2365 = 92\%$

Ponderación = satisfacción:  $2160 / 2365 = 91\%$

Para el mes de junio se realizó medición de la experiencia mediante 2365 encuestas realizadas bajo procedimiento PR-005-AUS

Resultados:

Experiencia: 2136 / 2365 = 90%

Recomendación: 2184 / 2365 = 92%

Ponderación = satisfacción: 2160 / 2365 = 91%

Para el mes de junio se realizó medición de la experiencia mediante 2365 encuestas realizadas bajo procedimiento PR-005-AUS

Resultados:

Experiencia: 2136 / 2365 = 90%

Recomendación: 2184 / 2365 = 92%

Ponderación = satisfacción: 2160 / 2365 = 91%

**ESTRATEGIA FORTALECER LA ATENCIÓN HUMANIZADA – MANTENERSE EN CONTACTO CON EL USUARIO Y SU FAMILIA**

En mayo, de acuerdo con las actividades establecidas en la sucursal Bogotá se debía gestionar la búsqueda de inmueble para la reubicación del PAU de Kennedy, se realiza dicha actividad pero no se obtienen resultados positivos; Para la sucursal Meta, el objetivo era la apertura del inmueble en Puerto Concordia, sin embargo, dicha apertura no se pudo obtener teniendo en cuenta que el área jurídica nos informa a través de concepto, que no es posible arrendar un inmueble donde no se ostente la calidad de propietarios con títulos de propiedad debidamente registrados, en dicho municipio los locales que se han encontrado no tienen certificado de libertad que permita validar título de propiedad, se gestionó las adecuaciones del PAU de granada del baño de discapacitados y se realizó la búsqueda para la sede Cubarral, y el 10 de mayo de 2023 el comité de contratación aprobó los inmuebles de Cubarral y Calvario, sin embargo, no se cumplió con la apertura del inmueble de Calvario en el mes de mayo.

Con corte al 30 de junio de 2023, se obtiene el siguiente resultado:

Al realizar la revisión del aplicativo de Capital Salud SIGCS, se encuentra que el porcentaje de cierre mes de las manifestaciones es el siguiente: enero 100%, febrero 100%, marzo 100%, abril 98%, mayo 97%, junio 14%

Porcentaje de cierre acumulado 2023: 81.31%

**ESTRATEGIA FORTALECER LOS CANALES DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN**

Se realizó un cronograma general para realizar el proceso de racionalización de trámites. A partir de las mesas de trabajo realizadas en desarrollo del cronograma se identificó un trámite a racionalizar.

Resultado del proceso racionalizado:

El proceso de "Validación de la solicitud de usuario" ha logrado una reducción significativa en el tiempo de ejecución, según se evidencia en las bitácoras de seguimiento. En promedio, el tiempo de validación se ha reducido de 20 días a menos de 5 días, con un promedio general de 3 días por cada solicitud.

Indicadores:

Actividades ejecutadas: 9 de 9 = 100%

Trámites racionalizados: 1 de 1 = 100%

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
FINANCIERA	7. Lograr la sostenibilidad financiera de la EPS.	Nuevo Modelo de Atención en Salud Aseguramiento y prestación de servicio	38.8%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
7	Lograr la sostenibilidad financiera	Aumentar el ingreso de la EPS	50%	
		Optimizar el control del costo médico		

	Gestión Administrativa que aporta a la optimización de Recursos y al Clima Organizacional	49.9%	56.6%
	Optimizar el gasto administrativo		
	Optimizar proceso de cuentas médicas	70%	

### ESTRATEGIA AUMENTAR EL INGRESO DE LA EPS

Durante validación del primer semestre se evidencia que se han generado un total de 3.529.673 autorizaciones de los diferentes planes, dichos servicios s han generado bajo los diferentes programas de autorizaciones con errores de plan que se han corregido.

Con respecto al mes de medición nos permitimos informar las estrategia implementadas con el fin de lograr que los prestadores de servicios carguen en la plataforma MIPRES administrada por Minsalud los reportes de entrega y facturación cumpliendo los criterios de calidad, consistencia y oportunidad como lo establece el marco normativo vigente

1. Reporte mensual vía correo electrónico a los prestadores informando las transacciones pendientes o inconsistentes detectada en plataforma mipres
2. Implementación indicadores de oportunidad, gestión y transacciones pendientes abordados durante la supervisión de los contratos con el fin de establecer planes de mejoramiento
3. Capacitación a demanda de acuerdo con el acompañamiento o claridades que requiera el proveedor

### ESTRATEGIA OPTIMIZAR EL CONTROL DEL COSTO MÉDICO

#### PBS

- Las obligaciones pendientes y conocidas no liquidadas PBS del presente corte aumentaron en \$1.176 millones, correspondiente al 1.2% con respecto al cálculo del mes de anterior, pasando de \$96,335 millones a \$97,511 millones
- El IBNR-PBS que son las Obligaciones No conocidas PBS disminuyó en \$967 millones correspondiente al 2.2% de conformidad al comportamiento de la facturación, las autorizaciones y las fechas de prestación de servicios de salud.
- Las IPS con mayor provisión de costo en servicios PBS corresponde a: Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San Jose, Fundación hospital de la misericordia, fundación sueño vigilia colombiana, hospital cardiovascular de Cundinamarca s a, hospital departamental de granada. Audifarma, los cuales, son prestadores que se debe revisar la utilización de las autorizaciones en los procesos de cuentas y gestión de la demanda de servicios.
- Efecto de la implementación del análisis de autorizaciones se ha logrado impactar en las obligaciones conocidas no liquidadas, sin embargo, se debe continuar con la gestión de las autorizaciones sin utilizar y el porcentaje de utilización de autorizaciones en la cuenta médica.

#### NO PBS

- En cumplimiento con la Circular Externa 000013 del 16 de junio de 2020, acápite "III Reservas Técnicas", la EPS implementa metodología para el cálculo de reservas técnicas de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS a partir de junio 2021.
  - Las obligaciones no liquidadas NO PBS disminuyeron en \$4.422 millones con relación al cálculo del mes anterior.
  - Es importante revisar los picos de la provisión ya que no se han descargado o utilizado dichas autorizaciones
- Las obligaciones no conocidas disminuyeron en \$4.465 millones correspondiente al 13.6%.

### ESTRATEGIA GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE APORTA A LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y AL CLIMA ORGANIZACIONAL

En el mes de junio de 2023, la EGAT realizó el proceso precontractual, y finalmente, el 30 de mayo envió recomendación a Capital Salud EPS para la contratación de la empresa Reingeniería Integral SAS. Se presentó a comité de contratación y esta fue aprobada y se suscribió el contrato el 28 de junio de 2023 por un periodo de 5 meses a partir del acta de inicio y legalización de garantías.

Se realizo actualización del PAA en la página web de la EPS

- Enlace: 3.1. Plan Anual de Adquisiciones – Capital Salud EPS-S
- Nombre: Plan Anual de Adquisiciones 2023. – Actualizado el 15/06/2023

## ESTRATEGIA OPTIMIZAR PROCESO DE CUENTAS MÉDICAS

Actualmente la entidad con el fin de propender por la mejora continua de sus procesos implementa estrategias de innovación respecto a las herramientas que utiliza para el desarrollo de sus actividades. En este sentido los procesos de gestión de radicación de facturas, auditoria, glosas y conciliación de glosas se encuentran gestionadas de manera oportuna dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011.

Dando cumplimiento a las acciones normativas para el trámite de la cuenta médica, se realiza el siguiente proceso a cada una de las facturas:

1. Recepción de facturas
2. Radicación de facturas
3. Digitación de facturas
4. Digitalización de facturas
5. Auditoria
6. Glosas
7. Conciliación de Glosas

En la Radicación, digitalización y digitación de facturas se cuenta con diferentes puntos de control, los cuales, permiten identificar trazabilidad en la cuenta médica y realizar validaciones correspondientes a cada proceso. Dentro de las validaciones a diario se realiza una descarga desde los aplicativos reporteador e imaging donde realiza un cruce de información a fin de determinar la productividad y los tiempos de gestión de la cuenta médica.

Por otro lado, el proceso de cuentas medicas implementó una herramienta de validación a través de un Cuadro de mando, el cual permite consolidar la información de la cuenta médica y verificar la calidad del dato, con el objetivo de fortalecer los puntos de control efectivos que mitiguen el riesgo en cada etapa de los procesos de radicación, digitación y auditoria de la cuenta médica.

Los puntos de control parametrizados en la herramienta son:

- Prefijo de la factura
- IPS creada en el directorio
- Error servicio crear en el directorio
- Inconsistencia en fecha de prestación vs fecha factura
- Inconsistencia en fecha factura vs fecha de radicado
- Año factura
- Validación año de factura
- Reporte Dian x NIT
- Reporte Dian Nit+Factura
- Valor factura Dian
- Validar valor factura Dian

Posterior a la identificación, se procede a realizar retroalimentación de las inconsistencias evidenciadas y la generación de informes diarios, lo que permite comprender y corregir fallos para impulsar una mejor toma de decisiones, realizar de manera exacta la presentación de la información y procurar el cumplimiento de los plazos del trámite de la facturación.

Auditoria - Moto de Glosa:

Desde el proceso de cuenta medicas se cuenta con una herramienta de Auditoria el cual contiene un módulo llamado "Motor de Glosa" el cual tiene como fin realizar la gestión y validación de todas las variables que intervienen en la ejecución de la Glosa Automática, permitiendo generar alertas en el aplicativo de cuentas medicas al momento de estar realizando las auditorias correspondientes.

#### Conciliación de Glosas:

El proceso de conciliación de glosas inicia con un análisis y priorización de prestadores de acuerdo con el valor glosado y las edades de la cartera a conciliar, a través la herramienta Diagrama de Pareto, apoyado regla 80/20, de igual manera, se realiza el ejercicio de Pareto para identificar la glosa mayor a 181 días. De acuerdo la criticidad de priorización se realiza teniendo en cuenta, los saldos de cartera por edades y los saldos de glosa pendiente por conciliar del periodo anterior, registrados contablemente.

Por otro lado, dentro del plan de acción se encuentran acciones encaminadas a la priorización de las IPS con Glosa superior a 360 días definiendo bloques de búsqueda a través de un cronograma y plan de trabajo determinado, se lleva a cabo el proceso de contacto con la IPS.

De acuerdo con lo anterior se calcula el indicador teniendo en cuenta el resultado correspondiente a saldo contable y el saldo contabilizado.

Se radicaron para la vigencia 2023 a 31 de mayo 938.971 facturas correspondientes a las diferentes modalidades de contratación así:

MODALIDAD CANT FACTURAS:

EVENTO: 297. 988

COVID: 10.629

CAPITA: 197

PGP: 73

PYD: 21

Total, General: 938.731

En razón con lo anteriormente expuesto, el trámite de la cuenta tiene una trazabilidad a través de diferentes puntos de control que además de garantizar la calidad de la información, permite el cumplimiento normativo del trámite de la cuenta médica.

Miércoles 24 de mayo de 2023 / Karen Sirley Duarte Ruiz - (Profesional de operaciones)

Con el objetivo de garantizar la calidad del dato en la información reportada, el área de cuentas medicas implemento una herramienta que busca el monitoreo de la calidad de la información detallada de la cuenta médica a través de validaciones ejecutadas para los procesos de radicación, digitación, auditoria y devoluciones.

A diario se realiza seguimiento, obteniendo como resultado las inconsistencias identificadas por la herramienta, las cuales permiten realizar retroalimentación a los colaboradores del proceso de y auditoria.

La herramienta permite evidenciar un seguimiento diario, monitoreando a través de validaciones los datos de la cuenta medica con los siguientes filtros: radicación

- VERIFICAR\_PREFIJO DE LA FACTURA
- VERIFICAR\_IPS CREADA EN EL DIRECTORIO
- RROR\_SERVICIO CREAR EN EL DIRECTORIO
- INCONSISTENCIA\_EN FECHA DE PRESTACION VS FECHA FACTURA
- INCONSISTENCIA\_EN FECHA FACTURA VS FECHA DE RADICADO
- AÑO FACTURA
- VALIDACION AÑO DE FACTURA
- REPORTE DIAN X NIT
- REPORTE DIAN NIT+FACTURA
- VR FAC DIAN
- VALIDAR VR FAC DIAN

Actualmente, la herramienta se utiliza a diario para determinar las validaciones mencionadas anteriormente, donde identificadas las inconsistencias se realiza un informe diario, el cual es reportando al coordinador para la toma de decisiones respecto a la gestión de la cuenta médica y las acciones necesarias.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
IMPACTO EN SALUD	8. Desarrollar gestión en redes integradas de servicios de salud.	Salud Pública Individual y Colectiva	43.6%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
8	Desarrollar gestión en redes integradas de servicios de salud	Conformación de redes de atención a partir de la generación de alianzas con otras EPS y gremios territoriales	40%	52.1%
		Fortalecer los métodos de comunicación, seguimiento, medición y control a través de comités periódicos tripartitos (EPS - SDS - Prestadores)	50%	
		Innovación en modelos de contratación donde se incluyan la integración de redes (EPS - EGAT - SUBREDES) bajo del modelo de atención de la EAPB.	66.4%	

**ESTRATEGIA FORTALECER LOS MÉTODOS DE COMUNICACIÓN, SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y CONTROL A TRAVÉS DE COMITÉS PERIÓDICOS TRIPARTITOS (EPS - SDS - PRESTADORES)**

En el mes de junio se comienza a evidenciar disminución de la siniestralidad y del costo médico, esto como resultado de estrategias de contratación de red complementaria, lineamientos de direccionamiento y con el ajuste que se ha venido realizando para hacer control a la reserva técnica, con la liberación de las autorizaciones que llevan más de 180 días de no ser facturadas. se observa índice de 100,4%.

De acuerdo con el cronograma de contratación por bloques de servicios, ya se había cumplido con lo programado, sin embargo, se dio la necesidad de invitar a conformar la ruta cardio cerebro pulmonar, y se invitó a ofertar medicamentos para el departamento del Meta vale la pena además mencionar que se logra contrato con fundación cardio infantil para la cobertura de trasplantes y con el dermatológico federico lleras acosta

Se realizó el seguimiento a las PQRDS represadas y se recibe la base de datos de atención al usuario con la caracterización de los motivos de las mismas donde se ha presentado la mayor inconformidad por medicamentos, consultas de oftalmología Urología y procedimientos quirúrgicos por oportunidades de citas.

**ESTRATEGIA INNOVACIÓN EN MODELOS DE CONTRATACIÓN DONDE SE INCLUYAN LA INTEGRACIÓN DE REDES (EPS - EGAT - SUBREDES) BAJO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA EAPB**

Se reporta data a corte mes de abril 2023 ya que los reportes de las cohortes lo manejan con dos meses de retardo relacionado por la gestión de descargue y procesamiento de Rips

Se busca las estrategias y acciones mes a mes, en el incremento de estos.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
IMPACTO EN SALUD	9. Mejorar el estado de salud de la población objeto de la EPS.	Nuevo Modelo de Atención en Salud Pública Individual y Colectiva	66.4%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
9	Mejorar el estado de salud de la población objeto de la EPS	Gestionar el Riesgo en Salud de los Afiliados (Rediseño de Cohortes), centrado en la salud individual, comunitaria y colectiva.	66.4%	83.2%
		Caracterizar a la población afiliada a Capital Salud, identificando de manera oportuna su riesgo en salud con el fin de tomar las acciones pertinentes	100%	

**ESTRATEGIA GESTIONAR EL RIESGO EN SALUD DE LOS AFILIADOS (REDISEÑO DE COHORTES), CENTRADO EN LA SALUD INDIVIDUAL, COMUNITARIA Y COLECTIVA.**

Se genera informe y acta de socialización de los resultados obtenidos por los prestadores, se evidencia resultado óptimo de las RIAS Evaluadas evaluación implementación Salud Mental 84 % Materno Perinatal 89 % CCVM 66 %

De acuerdo a cada componente la sub red cuenta con la implementación de la ruta materno perinatal según los ítems evaluados , es importante reportar que existen algunas acciones que ya están en ejecución pero queda por actualizar los documentos y/o se deben ajustar en algunos sistemas de información , cabe resaltar que para la sub red la estrategia de comunicación que viene desarrollando es innovadora y se inicia en el territorio , busca abarcar toda la población de acuerdo al curso de vida, integra las piezas de manera física , visual , y en redes sociales. La sub red cuenta con avances significativos frente a la implementación de la ruta, adicional que la sub red en este momento se encuentra en la generación de los aplicativos de identificación y seguimiento al riesgo, lo que le busca garantizar la integralidad de la información de las usuarias, la acción diferencial implementada fortalece el cumplimiento en las actividades de la ruta materno perinatal.

De acuerdo al seguimiento de avance queda un resultado del 96,8% lo cual la subred debe continuar trabajando en las acciones de mejora frente a la implementación de la ruta CCVM.

Para la corte de mayo 2023 para la implementación de la ruta de cáncer en la subred Norte se cuenta con 86 %; se identificó acciones de capacitación al talento humano, definición de metas en cada una de las acciones para la identificación del riesgo en los cuatro (4) tipos de cáncer. Hay seguimiento mensual de cumplimiento de indicadores en cumplimiento a la adherencia. Se presenta rotación del personal médico lo que hace se realice capacitaciones continuas.

La Sub red Norte debe continuar el fortalecimiento del talento humano para garantizar la atención de calidad a la población víctima y su familia; Como estrategia para mitigar riesgos y propiciar la atención integral y de calidad, desde la Subred es indispensable la socialización y educación del flujograma de la Ruta la cual no solo se ejecuta netamente en urgencias, sino que también tiene acciones previas como la educación en salud, canalización de los usuarios con riesgo y la identificación de los usuarios presuntamente víctimas, sin embargo, se indaga a la jefe de enfermería del servicio de urgencias sobre el conocimiento de la Ruta, quien manifiesta desconocer o dar una información incompleta.

- Se recomienda fortalecer la articulación con la líder de SIRC para garantizar la gestión y oportunidad en el 100% de los casos.
- Se recomienda seguir fortalecer el talento humano a través de la certificación en mhGAP como estrategia para dar respuesta a las necesidades de la población con riesgo de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

- Se recomienda fortalecer el equipo de la RIA para lograr el seguimiento, adherencia y continuidad de tratamiento de los pacientes de salud mental, de acuerdo con el artículo 6 de la ley 1616 de 2013.
- Se sugiere continuar fortalecimiento el talento humano de toda la IPS en el abordaje de la población en valoración integral para detección temprana del riesgo.
- Indispensable fortalecer e innovar las estrategias de prevención y promoción y la educación en salud como pilar fundamental de la formación de los usuarios y su autocuidado.
- Importante que la IPS mejore en los ítems incumplidos y aplicar recomendaciones dadas por el asegurador como estrategia de fortalecimiento en la identificación, reducción y tratamiento de los riesgos en los procesos de prestación de servicio.

Continuamos con el seguimiento del indicador ya que este indicador se evalúa de manera semestral también se hace referencia que por cronograma se tiene planteado la ejecución evaluación, el avance de la implementación de las rutas de riesgo con el fin de recopilar las bases de datos anexa autoevaluación de la RIAS.

**ESTRATEGIA CARACTERIZAR A LA POBLIACIÓN AFILIADA A CAPITAL SALUD, IDENTIFICANDO DE MANERA OPORTUNA SU RIESGO EN SALUD CON EL FIN DE TOMAR LAS ACCIONES PERTINENTES.**

Para el Mes de Junio 2023 El Modelo de atención se evalúa con 20 indicadores, de los cuales se alcanzó cumplimiento de la meta, para 16 alcanzando un cumplimiento frente a la meta establecida

Para los 4 indicadores que no alcanzaron cumplimiento se mantiene la gestión y seguimiento de la siguiente manera:

Tasa incidencia de Sífilis Congénita : La tasa de sífilis congénita acumulada con corte al mes de junio 2023 es de 5.15 por 1000 nacidos vivos (n=23) y la tasa del mes es de 5.13 por 1000 nacidos vivos (n=4). El resultado mensual nacional tiene un descenso de 2.24 puntos porcentuales en comparación con el mes inmediatamente anterior.

Razón mortalidad materna a 42 días : Para el mes de junio en Capital Salud no se presentaron mortalidades maternas; por lo anterior se evidencia como resultado, una razón de mortalidad materna a 42 días acumulada de 67.45 por cada 100.000 nacidos vivos; este a su vez muestra un descenso significativo en el indicador de 13.35 puntos porcentuales, siendo la razón más baja en lo recorrido del año y con más cercanía al estándar de cumplimiento establecido.

Tasa de mortalidad perinatal :Para el mes de junio Capital Salud EPS-S presenta una tasa de mortalidad perinatal de 27.14 por 1.000 nacidos vivos (n=20), con una tasa de mortalidad perinatal acumulada de 17.09 por 1.000 nacidos vivos (n=76), presentando un aumento de 2 puntos en el indicador acumulado en comparación con el mes inmediatamente anterior.

La sucursal Bogotá para este mes presenta una tasa de mortalidad perinatal de 35.16 por 1.000 nacidos vivos (n=18) con un aumento significativo de 28.29 puntos porcentuales, para la sucursal Meta se presenta una tasa de 8.89 por 1.000 nacidos vivos (n=2) con un aumento de 3.71 puntos porcentuales; evidenciando un aumento significativo en el indicador en comparación con el mes inmediatamente anterior.

El mes de junio presentan 20 casos nuevos, 18 de la sucursal Bogotá y 2 de Meta, del total de casos del mes el 80% son usuarios hijos de madres colombianas; de ellas el 93.15% presentan asignación mayor a 3 meses a la EAPB, con diagnósticos de septicemia no especificada, afección hemorrágica, asfixia del nacimiento severa, exófnalos, prolapso del cordón umbilical, hemorragia pulmonar masiva, inmadurez extrema, insuficiencia respiratoria del recién nacido, partos prematuros, persistencia de la circulación fetal, trastornos de la placenta e hipoxia intrauterina.

Según el momento de ocurrencia del evento, se evidencia que el 60% (n=12) de los casos se presentaron durante el intraparto, seguido de la prealta en postparto con el 25% (n=5) de los casos, el 10% (n=2) en post alta en posparto y el 5% en el ante parto representado por 1 caso.

PERSPECTIVA	Objetivo Estratégico 2021-2024	Ejes Temáticos RISS	Porcentaje de cumplimiento del objetivo frente al eje temático
IMPACTO EN SALUD	10. Posicionar la EPS como referente nacional en salud.	Nuevo Modelo de Atención en Salud	54.3%

N° OE	Objetivo Estratégico 2021-2024	Estrategia POA	Porcentaje Avance	Porcentaje de avance
10	Posicional la EPS como referente nacional en salud	Incrementar y fortalecer las estrategias de comunicaciones-marketing y mercadeo para posicionar a Capital Salud	93%	72.1%
		Alinear la comunicación de CAPITAL SALUD EPS-S a los nuevos patrones de comportamiento de nuestra población afiliada	82.5%	
		Ser reconocidos por el nuevo modelo de atención en salud por su impacto y resultados en salud a los afiliados	41%	

#### **ESTRATEGIA INCREMENTAR Y FORTALECER LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIONES- MARKETING Y MERCADEO PARA POSICIONAR A CAPITAL SALUD**

Como parte del proceso de comunicación corporativa, en el mes de junio la Dirección de Comunicaciones y Mercadeo, diseñó campañas y nuevas acciones que dan respuesta a las necesidades de información y comunicación con nuestros trabajadores y usuarios, implementando diferentes estrategias enfocadas a informar, educar y comunicar a nuestros públicos de interés en Bogotá y el Departamento del Meta, posicionando la gestión, metas y resultados de Capital Salud EPSS de manera amplia y positiva en el sector de la salud, la opinión pública y nuestros afiliados, a la vez que se hace pedagogía con los trabajadores de la entidad, con el objetivo de que estén alineados con los objetivos, planes, metas y políticas institucionales.

#### **ESTRATEGIA ALINEAR LA COMUNICACIÓN DE CAPITAL SALUD EPS-S A LOS NUEVOS PATRONES DE COMPORTAMIENTO DE NUESTRA POBLACIÓN AFILIADA**

Para los meses de mayo y junio en cumplimiento del Plan de Comunicaciones se implementaron 1.587 acciones para el mes de mayo 776 y 811 para el mes de junio con un cumplimiento del 82.57%, con respecto de las 5.188 programadas que suman el 100% en las estrategias, acciones, campañas y actividades del Plan de Comunicaciones, con la línea estratégica Capital Te Cuida que busca posicionar la EPS como referente nacional en salud, a través de diferentes líneas y temáticas, que promueven el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, sensibilizando a nuestros afiliados y comunidad en general, con acciones, jornadas y actividades que mejoren sus hábitos de vida y la educación para el cuidado de la salud.

Líneas de acción estratégica implementadas en la gestión:

- Capital Te escucha: estrategias, acciones y actividades para la información, pedagogía y comunicación con el usuario y respuesta a preguntas frecuentes.
- A Capital me afilio: eventos, jornadas y acciones para nuevas afiliaciones.
- ADN Capital Salud: fortalecimiento y adherencia de la identidad corporativa, plataforma estratégica, cultura institucional, empatía, buen clima laboral, información y comunicación con nuestro público interno. Estrategias creadas para facilitar información de servicio, promover el crecimiento de nuevos afiliados, el uso de los canales habilitados para interactuar con el usuario, trámites fáciles y rápidos en línea, jornadas de servicio y tomas de prevención y promoción de la Salud en conjunto con las Subredes de Servicios de Salud, en todas las localidades de Bogotá y Meta, además de contribuir a posicionar temas que resalten la gestión, resultados y beneficios para el público interno de Capital Salud EPS, dirigidos a mejorar el ambiente laboral, la cultura organizacional, el trabajo en equipo, los flujos de comunicación y a movilizar a los trabajadores de la entidad hacia el cumplimiento de las metas institucionales.

La gestión realizada en cumplimiento del Plan de Comunicaciones se puede verificar con los archivos y soportes anexos al POA.

#### **ESTRATEGIA SER RECONOCIDOS POR EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD POR SU IMPACTO Y RESULTADOS EN SALUD A LOS AFILIADOS**

Con corte al mes de abril se cuenta con Modelo integral de auditorio documentado y actualizado en versión 2 en concordancia con el Decreto 441. Se reorganizaron los equipos de auditoría de acuerdo con el modelo y se inició prueba piloto en una institución privada y una pública

Se realizó la Unidad de análisis técnico cuya metodología nos permite realizar el seguimiento y análisis integral a la gestión de la red

Se realizó el seguimiento a la oportunidad y calidad de los RIPS del mes del mes de marzo de 2023

Se mantiene el seguimiento al Plan de Auditoría, al cual se le dio un cumplimiento del 98,44% de acuerdo con el cronograma establecido.

Se mantiene el monitoreo a los indicadores del SOGC Para los establecidos por la norma, en el mes de abril de 2023 se logra cumplimiento de los estándares establecidos a nivel general para la EPS, con los siguientes resultados: Medicina General:3,05, Odntología:2,67, Medicina Interna:5,09, Pediatría:4, Obstetricia:2,62, Cx General:4,86.

De igual manera se realiza monitoreo a la oportunidad de servicios de Medicina especializada que no tienen estándar establecido por norma, sin embargo, la institución los ha priorizado por la alta demanda que presentan: Oftalmología:13.4, Urología:3,4. Ortopedia:10.8, Otorrinolaringología:14.8, Psiquiatria:8.5, Cardiología:12.6, Fisiatria:16.6 y Neurología: 10.7

Se mantiene el seguimiento a la oportunidad de las autorizaciones. En el mes de abril se generaron 580.719 autorizaciones, de las cuales el 99,92 % fueron gestionadas en tiempo inferior a 3 días, el 0,04% (n=240) fueron generadas entre 4-5 días y el 0,03%(n=217) entre 6-10 días. No se generaron autorizaciones en tiempo s superior a 11 días entre 6-10 días

En el mes de febrero de 2023 ejecutó cronograma de supervisión en un 96.9% del cronograma planeado (31 supervisiones de 32 planeadas), únicamente un prestador cancelo la programación (Audifarma por el plan de contingencia del ataque cibernético), la cancelación de este se relacionó por reprogramación por las IPS. Los planes de mejoramiento del mes de febrero se ubicaron en el 37.7% aumentando desde el 31% presentado en enero.