



SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850 -3
GESTION DE EVALUACION
CONTROL INTERNO

INFORME EJECUTIVO
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.
AGOSTO A NOVIEMBRE 2012

La Oficina de Control Interno presenta informe pormenorizado sobre el estado del Sistema de Control Interno de la ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, el cual dando cumplimiento al Artículo 9 de la Ley 1474 de Julio 12 del 2011, por medio del cual se debe publicar cada cuatro meses en la página web de la institución.

Informe que refleja los avances realizados por cada uno de los tres Subsistemas que componen el Modelo Estándar de Control Interno – MECI estipulados en la ley 1599 de 2005.

ANA MERCEDES RODRIGUEZ Z.
JEFE CONTROL INTERNO.

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

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

ANA MERCEDES RODRIGUEZ ZAMBRANO

Período evaluado: AGOSTO A NOVIEMBRE 2012

Fecha de elaboración: 14 DE NOVIEMBRE DE 2012

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

AVANCES

1. Existencia del **Código de Ética y de Calidad**, aprobado mediante resolución, socializado e implementado. Actualmente con la nueva administración, se evalúa su actualización en cuanto a la plataforma estratégica y políticas institucionales.
2. En el **desarrollo del talento humano**, los procesos de inducción y re- inducción desde el mes de agosto se proyectó e implementó con la nueva administración la Unidades Locales de Gestión - ULG que se realizan mensualmente involucrando a todo el personal de la institución, donde se tiene en cuenta temas como acreditación en salud, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional, gestión documental, seguridad del paciente, entre otros.
El Plan de Capacitación, se ha desarrollado de acuerdo al programa de capacitación en un 9,3% y se proyectó diplomado en acreditación en salud para el mes de noviembre, con la participación del grupo directivo, líderes de proceso y responsables de los grupos para análisis de estándares de acreditación.
Se realizó evaluación de desempeño a los funcionarios inscritos en carrera administrativa con corte a 31 de Julio del 2012, cumpliendo con la primera etapa de calificación del primer periodo a evaluar.
3. **Planes y programas.** La junta directiva aprobó el plan Indicativo 2012-2015, el POA 2012 y el Plan de gestión 2012-2015, los cuales hacen parte del Plan Estratégico Institucional y que fue socializado a todo el personal en diferentes espacios.
4. **Indicadores.** Con base en los planes aprobados, se proyectaron los indicadores y metas para el último trimestre de la vigencia 2012, articulados con el plan de Desarrollo Departamental y el Plan Territorial de salud en sus cuatro objetivos principales enfocados a Servicios de Salud; Emergencias y Desastres; Tecnología; Calidad y Acreditación.
5. **Modelo de Operación por procesos.** Se actualizó en forma participativa, el modelo de operación por procesos con un enfoque en acreditación, teniendo en cuenta su clasificación en estratégicos, misionales, apoyo y de evaluación.
6. **Administración del Riesgo.** Durante el mes de agosto del 2012, se realizó seguimiento a las acciones y actividades plasmadas en los mapas de riesgos a nivel de los procesos y a nivel institucional, definiendo el porcentaje de avance a cada uno de ellos.
7. El presupuesto de rentas y gastos a la fecha, asciende a la suma \$ **31.761.639.00** de pesos M/CTE, Con un porcentaje de participación en el ingresos del 95.5% en venta de servicios de salud, 0.6% ingresos de capital (Rendimientos financieros) y con el 3.9% de Disponibilidad inicial. El porcentaje de participación en el gasto es del 78,92% de gastos de funcionamiento (gastos de personal y generales), 19. 20% gastos de Operación Comercial (insumos y suministros hospitalarios) y el 1.88% como disponibilidad final.

En el siguiente cuadro se refleja la ejecución de presupuesto con cierre a Septiembre de 2.012.

Presupuesto	RECONOCIMIENTOS	% EJECUCION	RECAUDOS	% RECUPERACION
INGRESOS	\$ 26.392.544.000	83.1%	\$ 19.239.293.000	72.9%

Presupuesto	COMPROMISOS	% EJECUCION	GIROS	% GIRADO
GASTOS	\$ 22.182.700.000	69.8%	\$ 16.889.491.000	76.2%

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION.

AVANCES

1. Políticas de operación. Se construyo y aprobó la política de Gestión Ambiental Institucional, la cual se esta socializando en las ULG programadas mensualmente. Se esta evaluando la política IAMI y Administración del Riesgo.

IAMI: Se elaboraron las tablas antropométricas de la OMS según resolución 2121 del 2010, con el fin de implementarlas en los centros y puestos de salud. Se realizo en los primeros días del mes de Noviembre, capacitación a un 35% de las personas que laboran en la institución para la aplicación de los diez pasos para el cumplimiento de la estrategia IAMI. Se diseño el carnet de crecimiento y desarrollo y de la ruta de atención a las gestantes y se socializo el enfoque diferencial.

Seguridad del paciente. El hospital adopto el protocolo universal de la OMS (estrategia multimodal) razón por lo cual se realizo el nuevo protocolo de higienización y lavado de manos, que refuerza los cinco momentos de verdad para la realización de esta actividad y a la fecha se han capacitado 250 funcionarios durante los meses de octubre y noviembre del 2012.

2. **Estándares de Habilitación y Acreditación.** Se verificaron todas las certificaciones de habilitación de los servicios prestados de en la institución. Se notificaron las novedades a la Secretaria de Salud de Cundinamarca, y se requirieron los distintivos de habilitación de los nuevos servicios solicitados como los del centro de P y P. Se proyecto apertura de inscripción para la sede de consulta externa que se traslada del Hospital Sede. La nueva administración esta realizando auditorias por medio del convenio con La Universidad Santo Tomas, con el fin de levantar el diagnostico del estado de las áreas en cumplimiento de los estándares de habilitación.

En cuanto a la acreditación, se reevaluaron los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación, compuestos por personal interdisciplinario con base en la Resolución 123 de Mayo del 2012; se realizo taller de capacitación para socializar la metodología de autoevaluación de los estándares y conceptos básicos de la acreditación en Salud.

Actualmente se esta desarrollando la autoevaluación de estándares y la definición de planes de acción o de mejoramiento, aplicando la metodología definida por el Ministerio De Protección Social

3. **Indicadores.** Con base en los POAS por procesos, se definieron metas a las cuales se realiza el seguimiento mensual, se esta definiendo líneas bases, metodología, guías y procedimientos para control y seguimiento de indicadores en el 2013.

4. **Satisfacción al Usuario.** Actualmente se están aplicando encuestas a los usuarios para definir la satisfacción del cliente en forma espontánea (prueba ácida), para determinar momentos de verdad cuando demandan servicios en la institución. Se capacita en forma semanal sobre deberes y derechos de los usuarios en las diferentes áreas de la institución. Se está reportando al ente respectivo el informe de quejas y reclamos con una periodicidad mensual.
5. **Sistema de información.** La institución ha levantado los documentos diagnósticos y de necesidades tanto tecnológicas como de infraestructura para la implementación del Sistema de Información Dinámica gerencial en su versión .net, que incluye capacitación, soportes y equipos.
6. **Sistema de Comunicación.** Se continúa con el boletín informativo mensualmente y difundido al cliente interno mediante carteleras, páginas web y correo electrónico. Los informes y avances institucionales son publicadas en su oportunidad a través de la página web como contratación, reportes de ley e informes financieros.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

AVANCES

1. Se efectuó seguimiento a las acciones preventivas - correctivas y de mejora planteadas en planes de mejoramiento por cada uno de los procesos; producto de la autoevaluación de control aplicando encuestas para determinar el grado de implementación del MECI.
2. Evaluación Independiente. El plan anual de auditorías internas aprobado por la gerencia para la presente vigencia, se ha dado cumplimiento en un 100 % generando acciones de mejora fortaleciendo los procesos institucionales.
Se realiza seguimiento permanente a la información requerida por los entes de control y le verifica el envío en los términos
3. Planes de mejoramiento Institucional. La oficina de control interno realizó el seguimiento para definir el porcentaje de avance al plan de mejoramiento institucional, producto de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integrar vigencia 2009; dando cumplimiento a la resolución 150 del 2006, y cuyo resultado fue catalogado como PLAN CUMPLIDO - MEJORAMIENTO POSITIVO según el informe emitido por la Contraloría de Cundinamarca. Así mismo la oficina de calidad realiza seguimiento a los planes de mejoramiento generados por auditorías realizadas por las diferentes E.P.S enfocados a garantizar el mejoramiento continuo.
4. Planes de mejoramiento Individual. Se realizaron auditorías clínicas por parte de la auditoría médica a los servicios de urgencias, hospitalización y salas de partos, generando hallazgos y sus planes de mejoramiento individuales.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Dando cumplimiento a la normatividad vigente la E.S:E Hospital Mario Gaitán Yaguas de Soacha, gestiona acciones de mejora en los tres subsistemas del modelo estándar de control interno- MECI con el fin de implementar un modelo de mejoramiento para dar cumplimiento a los objetivos y metas institucionales

RECOMENDACIONES

1. ACTUALIZAR Y SOCIALIZAR LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL CON BASE EN LOS PLANES Y PROGRAMAS APROBADOS PARA VIGENCIA 2012 – 2015 Y LAS DIRECTRICES DADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL.
2. ACTUALIZAR E IMPLEMENTAR LOS PROCEDIMIENTOS, MANUALES, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE TODOS LOS PROCESOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES.
3. FORTALECER A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, LA CULTURA DEL AUTOCONTROL Y DE GESTIÓN.
4. REFORZAR Y OPTIMIZAR EL DESARROLLO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL CON BASE EN LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL.
5. FORTALECER EL DESARROLLO DEL SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN (DINÁMICA GERENCIAL) CON EL FIN DE AGILIZAR E INTEGRAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL.
6. FORMULAR UN PLAN ANUAL SE CAPACITACIÓN CON BASE EN LAS DIRECTRICES DADAS POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA – DAFP, PLASMADAS EN EL PIC.

Dra. ANA MERCEDES RODRIGUEZ ZAMBRANO
Jefe Control Interno
ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.