

INFORME EJECUTIVO
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
NOVIEMBRE 2012 – MARZO 2013

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, reglamentado por la ley 1474 de julio 12 del 2011, artículo 9. Por medio de la cual se debe publicar cada cuatro meses en la página de la institución.

Informe que refleja los avances realizados por cada uno de los tres subsistemas que comprenden el Modelo Estándar de Control Interno – MECI estipulados en la ley 1599 de 2005. Para conocimiento tanto del cliente interno como del externo.

Dra. ANA MERCEDES RODRIGUEZ.
JEFE DE CONTROL INTERNO.

**INFORME EJECUTIVO ANUAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI
VIGENCIA 2012**

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

AVANCES

1. Existencia del Código de Ética y Calidad, aprobado por resolución, socializado e implementado, midiendo adherencia al 85% del personal que labora en la institución.
2. Se actualizo, socializo la plataforma estratégica de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha donde se incluye misión, visión, objetivos y políticas Institucionales.
3. Se continúa fortaleciendo el Desarrollo del Talento Humano por medio de la Unidades Locales de Gestión – ULG que se realizan mensualmente.
4. El plan anual de bienestar social se ejecuto en un 79%, acorde con el plan establecido y el plan de capacitación se cumplió en un 56% del presupuesto aprobado.
5. Se realiza la Evaluación al Desempeño Laboral aplicando el Sistema Tipo que fue adoptado por la institución mediante acto administrativo y se establecieron los respectivos Acuerdos de Gestión con base en la norma vigente.
6. En forma participativa se actualizo el Mapa de Procesos Institucional, revaluando cada uno de ellos con enfoque en acreditación, definiendo 14 Procesos , 1 estratégico, 6 de apoyo, 6 misionales y 1 de control y evaluación; aprobados mediante acto administrativo 357 del 2012.
7. La junta Directiva aprobó el Plan Indicativo 2012-2015, Plan de Gestión 2012-2015 y el POA transitorio 2012 acorde con EL Plan nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos “; plan de Desarrollo del Departamento “Cundinamarca Calidad de Vida” y el Plan Territorial de Salud “ Cundinamarca Saludable” y resolución 710 del 2012.
8. Con base en el Mapa de Riesgos Institucional y el de cada uno de los procesos de la entidad, se realizo seguimiento a las acciones para controlar y mitigar los riesgos, se definió el porcentaje de avance a cada una de las actividades allí plasmadas.
9. El siguiente cuadro refleja la ejecución del presupuesto aprobado que asciende a la suma de \$ 34.124.482.000 pesos M/Cte. con corte a Dic. 31 del 2012:

PRESUPUESTO	RECONOCIMIENTOS	% EJECUCION	RECAUDOS	%RECUPERACION
INGRESOS	\$32.788.468	96,1%	\$26.763 .736.	81.62%

PRESUPUESTO	RECONOCIMIENTOS	% EJECUCION	RECAUDOS	%RECUPERACION
GASTOS	\$29.976.505	87.8%	\$26.037.635	86.9%

10. Para la vigencia comprendida entre 01 de enero al 31 de diciembre del 2013, mediante resolución 313 del 14 de diciembre del 2012 emanada de el Consejo Superior de Política Fiscal CONFISCUN. se aprobó el presupuesto por valor \$32.904.996.000 de pesos M/c para el funcionamiento de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.

DIFICULTADES

1. La alta rotación del personal, impide el conocimiento de los planes institucionales.
2. Concientización a los funcionarios para la asistencia a capacitaciones programadas.
3. Falta de articulación de los planes institucionales con los procesos definidos.
4. Falta de compromiso del personal de institución en el desarrollo de actividades programadas como capacitaciones y eventos.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

AVANCES

1. Dentro de la plataforma estratégica se construyeron políticas Institucionales direccionadas a la implementación del Sistema de Acreditación como política Financiera, política Institucional, política de Servicio, política del talento Humano y política de TIC`S.
2. Se continúa con la implementación de la política de operación de IAMI.
3. 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. Así mismo, se proyecta la unificación del formato de registro de recolección de datos SISVAN y el registro de Crecimiento y Desarrollo.
4. Durante este trimestre se valido la Política de Seguridad del Paciente con la participación de todos los líderes de los diferentes procesos y se socializo en el comité de seguridad a la alta gerencia; queda pendiente la socialización a los demás funcionarios, la cual se iniciara en este mes de marzo. Se reviso el Programa de Seguridad del Paciente con el líder de calidad y se realizo la herramienta para evaluación del clima de seguridad del paciente a aplicar en marzo de 2013. Se realizo la guía para prevención del riesgo de sufrir ulceras por presión y la escala de evaluación de la piel, las cuales se socializo en febrero para su implementación en marzo de la presente vigencia. Los eventos de seguridad se analizan y gestionan al 100% y se realizan actividades día a día como rondas, búsqueda activa, capacitaciones, comité, etc.

5. Estándares de Habilitación. La Secretaria de Salud de Cundinamarca realizo visita de cumplimiento a los estándares de habilitación y la Dirección de Desarrollo de Servicios, hace entrega de distintivos de servicios de prevención en salud en : Despensa, Santillana, Cazucá, Ciudad Latina, Charquito, Pablo Neruda. Asimismo se recibieron 11 distintivos para el centro de P Y P. Relacionados con vacunación, enfermería, medicina general, nutrición y dietética, odontología general, psicología, atención preventiva en salud oral, planificación familiar, promoción y prevención en salud, toma de muestras de citologías cervicouterinas. Se están gestionando las relacionadas con los servicios prestados en consulta externa.
Estándares de acreditación. Se realizaron mesas de trabajo para establecer los planes de mejoramiento con base en la autoevaluación de los estándares; se realizara el respectivo seguimiento para dar cumplimiento al ciclo completo.
6. Indicadores. Con corte del 31 de diciembre del 2012, se realizo seguimiento y verificación de los indicadores plasmados en los planes instituciones para dar cumplimiento a las metas propuestas, los cuales fueron presentados a la junta directiva para su respectivo aval y análisis. Durante el año 2013 se proyecta evaluación de indicadores del Plan Indicativo, Plan de Gestión, Planes de Mejoramiento producto de la auditorias realizadas por los entes de externos de control y auditorias de EPS y de las metas incluidas en los planes operativos anuales POAS que se definieron por cada uno de los procesos implementados en la institución.
7. Satisfacción al Usuario. A partir de la vigencia del 2013 se realizan Reuniones de capacitación sobre los procesos con el COPACO, personería, veeduría secretaria de salud municipal, con el propósito de eliminar las barras de acceso.
8. Sistema de información. Con el apoyo de la Secretaria de Salud de Cundinamarca se proyecta reimplementar los módulos de dinámica gerencial en la versión. Net y obtener un sistema integrado de información saneada y real.
9. Sistema de Comunicación. Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente (ley 1474 de 2011) estatuto anticorrupción la institución informa en la pagina WEB, periódicamente los informes financieros, estados contables, ejecución de presupuesto, porcentaje de avance del MECI y acorde ley 734 del 2012 se publica en el SECOP los informes de contratación requeridos por la norma.

DIFICULTADES

1. Desconocimiento y falta de compromiso de algunos líderes de procesos para apalancar el proceso de acreditación.
2. Seguimiento, comparativos y evaluación a la implantación de los módulos de Dinámica Gerencial para lograr un sistema integrado de información.
3. Falta de liderazgo en la elaboración, actualización y socialización de procedimientos, guías, protocolos, manuales de las diferentes áreas de la institución.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

AVANCES

1. Se realizó seguimiento y verificación al cumplimiento del Plan Indicativo y Plan de Gestión de la vigencia 2012, evaluando cada una de las metas planteadas en los mismos como herramienta de auto control de la gestión realizada por la gerencia y responsables de los procesos.
2. Evaluación Independiente. Con base en el plan anual de auditorías, la oficina de control interno emitió informes a la gerencia con el fin de presentar las inconsistencias observadas y establecer las respectivas acciones de mejora por parte de cada uno de los responsables, realizando posteriormente el seguimiento respectivo para el mejoramiento de la actividad detectada. Así mismo se realizó asesoría y acompañamiento para levantamiento y conteo físico de los insumos y material médico-quirúrgico existentes en los almacenes de la institución.
3. Planes de mejoramiento Institucional. Con base en la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral de la vigencia 2011, realizada por la Contraloría de Cundinamarca la institución presentó el plan de mejoramiento institucional para mitigar los hallazgos encontrados estableciendo indicadores y metas de cumplimiento. La oficina de control interno realizará seguimiento trimestral a las actividades allí planteadas y establecerá el porcentaje de cumplimiento en cada una de ellas.
4. Se realizó el seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos estableciendo nuevas metas para el mejoramiento continuo de las actividades que se realizan al interior de cada uno de los procesos.
5. Verificando los resultados de la evaluación del desempeño laboral a los funcionarios de carrera administrativa se concluye que no aplica los planes de mejoramiento individual; pero al realizar las auditorías médicas a los servicios asistenciales se definieron algunos planes de mejoramiento con base en las inconsistencias observadas y se realiza el respectivo seguimiento para cumplimiento de las mismas.

DIFICULTADES

1. Carencia de personal en Control Interno para dar cumplimiento al 100% de las actividades programadas en cada vigencia.
2. Implementar el sistema propio de evaluaciones para los funcionarios de la institución, acorde con las directrices dadas por la Comisión del Servicio Civil implementar planes de mejoramiento individual.

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 con el fin de reforzar la toma de decisiones a nivel gerencial.

RECOMENDACIONES

1. Socializar y realizar el despliegue de los planes y programas aprobados para vigencia 2012 – 2015 con base las directrices dadas a nivel departamental y nacional, especialmente al personal nuevo que ingresa a la institución.
2. Motivar al personal de la institución a través de talleres de humanización y sensibilización con el fin de reforzar los deberes y derechos como servidores públicos.
3. Actualizar e implementar los procedimientos, manuales, protocolos y guías de todos los procesos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
4. Fortalecer a través del sistema integrado de gestión, la cultura del autocontrol y de gestión.
5. Optimizar el proceso de evaluación de desempeño laboral, con el fin de obtener resultados veraces y eficaces, para que sea una herramienta en la toma de decisiones a nivel gerencial por medio de los planes de Mejoramiento individual.
6. Implementar el sistema único de información (dinámica gerencial) con el objetivo de obtener información depurada y efectiva.
7. Dar cumplimiento al plan anual de capacitación, de bienestar social, y hacer efectivo el plan de incentivos con el fin de mejorar el clima organizacional y motivar a personal que labora en la ESE del hospital Mario Gaitán Yaguas.

Dra. ANA MERCEDES RODRIGUEZ ZAMBRANO

Jefe de control interno

ESE Hospital Mario Gaitán Yaguas de Soacha