



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

INFORME DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

MARZO 2012

La Oficina de Control Interno presenta el segundo informe pormenorizado sobre el estado del Sistema de Control Interno de la ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, el cual dando cumplimiento a la Ley 1474 de Julio 12 del 2011, por medio del cual se debe publicar cada cuatro meses en la pagina 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: NOVIEMBRE A MARZO 2012
		Fecha de elaboración: 12 DE MARZO DE 2012

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

DIFICULTADES

1. PENDIENTE ACTUALIZACION DEL CODIGO DE ETICA Y CALIDAD EN CUANTO A POLITICA IAMI Y VERIFICACION DE DEBERES Y DERECHOS.
2. CONCRETAR LAS ACTIVIDADES PARA LA VIGENCIA DEL 2.012, EN CUANTO A AFIANZAMIENTO DE PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONES, MOTIVANDO A TODOS LOS TRABAJADORES APLICARLAS DENTRO DE SU COMPORTAMIENTO DIARIO.
3. CONCIENTIZACION POR PARTE DE LOS RESPONSABLES DE LA EVALUACION DE DESEMPEÑO LABORAL A LOS FUNCIONARIOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA EN CUANTO A LA OPORTUNIDAD DE EVALUACION Y MANEJO DE RESULTADOS PARA APLICAR LOS INCENTIVOS CORRESPONDIENTES O EN SU DEFECTO DEFINIR LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL PARA REFORZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS LABORALES Y COMPORTAMENTALES DEFINIDAS EN LA EVALUACION.
4. FUNCIONABILIDAD DEL COMITÉ DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO, PARA DEFINIR LAS DIRECTRICES Y FORMULACION DE PROYECTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACION DE MECI.
5. ES CONVENIENTE DESDE CADA PROCESO Y AL INTERIOR DE CADA AMPLIAR LAS POSIBILIDADES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS ELEMENTOS MECI, COMO ES LA SOCIALIZACION Y ACTUALIZACION DE LOS YA CONOCIDOS POR LOS LIDERES DE CADA PROCESO.

AVANCES

1. SE IMPLEMENTO ENCUESTAS PARA MEDICION DE ADHERENCIA DEL CODIGO DE ETICA Y CALIDAD TENIENDO COMO BASE LA RESOLUCION 010 DE 2011 POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZO DICHO CODIGO. ENCUESTAS APLICADAS AL 85% DE LA TOTALIDAD DE TRABAJADORES DE LA INSTITUCION CON PORCENTAJE ACEPTABLES.
2. AFIANZAMIENTO DE VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES EFECTUANDO ACTIVIDADES AL PERSONAL CON DESAYUNOS DE MOTIVACION PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS MISMOS EN MARZO 10 - TRABAJO EN EQUIPO; ABRIL 14 -TOLERANCIA; JUNIO-17-RESPONSABILIDAD-Y--AGOSTO-5-PUNTUALIDAD.
3. SE ACTUALIZO EL PROCEDIMIENTO DE INDUCCION Y REINDUCCION . SE DICTARON TALLERES AL PERSONAL NUEVO SOBRE PLATAFORMAS ESTRATEGICA, SEGURIDAD AL PACIENTE, BIOSEGURIDAD, GESTION DE CALIDAD HASTA EL MES DE JULIO-DE-2011.
4. **INDICADORES:** SE AJUSTARON LOS INDICADORES ACORDE CON LA EVALUACION DE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LA INSTITUCION DEBIDAMENTE HABILITADOS , SE EFECTUA ANALISIS DE LOS INDICADORES DE PRODUCCION EN EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO Y DE GESTION CADA TRIMESTRE , UTILIZANDO COMO HERREMIENTA DE SEGUIMIENTO AL TABLERO DE MANDO BALANCE SCORE CART DONDE SE REFLEJAN LOS PRINCIPALES INDICADORES PARA LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL INSTITUCIONAL. SE REPORTA A CADA LIDER DE PROCESO EL RESULTADO MENSUAL PARA SU ANALISIS Y EVALUACION, CON EL FIN DE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA Y AVALAR LA INFORMACION. LA INFORMACION SE CONSOLIDA Y ES PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA PARA SU RESPECTIVO AVAL Y TOMA DE DECISIONES.
5. **MAPA DE RIESGOS:** ESTABLECIDO EL MAPA DE RIESGOS A NIVEL INSTITUCIONAL Y POR CADA UNO DE LOS PROCESOS ESTRATEGICOS, MISIONALES, APOYO Y DE EVALUACIÓN, SE REALIZO SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE CONTROL EN EL MES DE MAYO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2011, ESTABLECIENDO PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO Y EVALUANDO DIFICULTADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS MISMOS. LOS RESULTADOS DE REFLEJAN A CONTINUACION:

PROCESOS	% DE AVANCE A MAYO 2.011	% DE AVANCE A SEPTA 2.011	% DE AVANCE A DIC 2.011
ASISTENCIALES			
APOYO TERAPEUTICO	51,87	71,87	93,33
APOYO DIAGNOSTICO	72	90,83	98,33
SERVICIO DE URGENCIAS	54	70,83	
SERVICIOS AMBULATORIOS	60,83	69,17	72,0
SALAS DE CIRUGIA	30	60,5	83,33
SERVICIO DE HOSPITALIZACION	35	74	92
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	0	19,2	89,33
ATENCION PRIMARIA (PCS)	0	65,71	85,71
SIAU	27,5	82,5	82,5
APOYO			
RECURSOS FINANCIEROS	42	61	84
RECURSOS FISICOS	28,06	59,94	66,4
RECURSOS HUMANOS	40,85	85,9	86,2
GESTION DOCUMENTAL	30	43,75	63,75
GESTION JURIDICA	0	54	64
ESTRATEGICOS			
GESTION DE CALIDAD		76,7	90
PLANEACION-MDEO Y SISTEMAS		84	92
EVALUACION			
GESTION DE EVALUACION	76	87	98,5
MAPA INSTITUCIONAL			
		67,55	75,75

6. **BIENESTAR SOCIAL:** EL COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL REALIZO EL ANÁLISIS Y BALANCE DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS EN LA VIGENCIA 2010 DE ACUERDO AL PLAN DE BIENESTAR, EL CUAL SE CUMPLIÓ EN UN 75%. ASI MISMO SE DEFINIÓ PARA EL AÑO 2011 EL PLAN ANUAL DE BIENESTAR SOCIAL POR UN MONTO DE \$ 97.174.000 Y SE EJECUTO EL 64.2% DEL TOTAL DE LO PRESUPUESTADO DADO CUMPLIMIENTO A LA MAYORIA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS.

7. **EL PLAN DE CAPACITACION :**SE PROYECTO EVALUANDO LAS NECESIDADES DE LAS AREAS INSTITUCIONALES RETOMANDO TEMAS DE ACTUALIZACION DE ENFERMERIA, BIOSEGURIDAD, ASPECTOS BASICOS DE ARP, ATENCION AL CLIENTE, SEGURIDAD AL PACIENTE, TOMA DE CITOLOGIAS, AIEPI,NORMAS ISO Y CUYO MONTO ASCIENDE A \$ 19.408.000.00 CON UN PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL 28% , EN RAZON A CUBRIR NECESIDADES PRIORARIAS ENFOCADAS A LA MISION Y OBJETIVOS-INSTITUCIONALES.

8. RESPECTO A **LA EVALACION DE DESEMPEÑO** PARA LOS FUNCIONARIOS INCRITOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA, SE APLICO LO NORMADO POR CNSC SEGUN ACUERDO 137-2010, SE SOLICITA CAPACITACION PARA EL MANEJO DE FORMATOS PARA DEFINIR PUNTAJE DE CALIFICACION A ENERO DE 2012.

LOS ACUERDOS DE GESTION DE LA VIGENCIA 2010 SE EVALUARON EN SU OPORTUNIDAD Y SE SUSCRIBIERON LOS ACUERDOS PARA LA VIGENCIA DEL 2011 BASADOS EN EL PLAN DE GESTION, PLAN ESTRATEGICO, METAS Y OBJETIVOS INSTITUCIONALES CON LOS GERENTES PUBLICOS.

9. **EL PRESUPUESTO** INICIAL DE RENTAS Y GASTOS PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL 2011 ASCIENDE A LA SUMA DE \$ 26.956.530.000 PESOS M/CTE; APROBADO MEDIANTE ACUERDO 06 DEL 3 DE DICIEMBRE DEL 2010, MAS ADICION PRESUPUESTAL DE \$ 1.028.266 EN EL MES DE ABRIL COMO AJUSTES A POR CIERRE DE VIGENCIA ANTERIOR. ANALIZANDO EL COMPORTAMIENTO Y EJECUCION A 31 DE DICIEMBRE DE 2011 SE OBSERVA LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

PTO-TOTAL	RECONOCIMIENTO	%	EJECUCION	RECAUDOS	%	RECAUDO
PTO-INGRESOS	27.984.796	31.551.051	112.7%	26.749.690		84.8%
PTO-TOTAL	COMPROMISOS	%	EJECUCION	GIROS	%	GIRO
PTO-GASTOS	27.984.796	26.745.614	95.6%	22.991.952		86.0%

EL PRESUPUESTO DE INGRESOS REFLEJA UN PORCENTAJE DE EJECUCION SUPERIOR AL 100%, PRODUCTO DE MAYORES VENTAS DE SERVICIOS CON UNA BUENA GESTION EN EL RECAUDO. EN EL PRESUPUESTO DE GASTOS SE OBSERVA UN AHORRO EN LA EJECUCION POR LA CONTENCIÓN DEL MISMO.

Dificultades

DIFICULTADES

1. CONCIENTIZACION A LOS FUNCIONARIOS PARA ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS.
2. EL CAMBIO DE SISTEMA PARA LA EVALUACION DE DESEMPEÑO LABORAL, CAMBIO Y MODIFICACIONES EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS SEGUN ACUERDO N° 137 DEL 14 DE ENERO DE 2010, RAZON POR LA CUAL SE SOLICITARA CAPACITACION A LA COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL - CNSC.
3. FALTA DE DEFINICION Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL PARA LOS FUNCIONARIOS INSCRITOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA PARA REFORZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS LABORALES Y COMPORTAMENTALES DEFINIDAS EN LA EVALUACION.
4. MEDIR ADHERENCIA Y RESULTADOS AL PLAN DE CAPACITACION ANUAL DE CADA VIGENCIA.
5. COMPROMISO EN LA CAPTURA DE INFORMACIÓN, UNIFICACIÓN DE TÉRMINOS Y DEFINICIÓN EXACTA DE ESTÁNDARES PARA INFORMACIÓN INTEGRAL EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LOS MODULOS DE DINAMICA GERENCIAL PARA LOGRAR LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA INTERGRADO DE INFORMACION ELIMINANDO SISTEMAS PARALELOS Y GESTIONANDO LOS MODULOS FALTANTES (COMPRAS-PROMOCION Y PREVENCION-CONTRATACION ESTATAL Y ACTIVOS FIJOS).

AVANCES

1. **SEGURIDAD DEL PACIENTE**, DURANTE ESTA VIGENCIA SE ELABORO EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, SE ESTABLECIO MATRIZ PARA ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS (PROTOCOLO DE LONDRES), SE INSTITUCIONALIZO LA REVISTA DIARIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA EVENTOS ADVERSOS; ANALIZADOS LOS RESULTADOS SE ELABORO EL PROCEDIMIENTO PARA EVALUACION DE CAIDAS. SE IMPLEMENTO GUÍA PARA MANEJO SEGURO DE MEDICAMENTOS Y SE REALIZO LA PRIMERA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN DEL TEMA EN MENCIÓN Y SE SOCIALIZO LA GUÍA DE REACCIÓN INMEDIATA.

2. **IAMI** : SE HA FORTALECIDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS DIEZ (10) PASO PARA IMPLEMENTACION DE IAMI, OPERATIZANDO EL COMITÉ INSTITUCIONAL, DEFINIENDO PROTOCOLOS DE ENFOQUE DIFERENCIAL, PLAN DE CAPACITACION ESCRITO, BUEN TRATO A GESTANTES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS, RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN SUS DIFERENTES ETAPAS, ALOJAMIENTO CONJUNTO DE NIÑOS Y NIÑAS HOSPITALIZADOS, FORTALECIMIENTO DE AIEPI EN CONSULTA EXTERNA. SALA AMIGA PARA LACTANCIA MATERNA, CONFORMACION Y DIRECTORIO DE LOS GRUPOS DE APOYO INSTITUCIONALES Y/O COMUNITARIOS. MECANISMOS DE ORIENTACION Y AYUDA A FAMILIAS CON SITUACIONES ESPECIALES. LO ANTERIOR CON EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA OFICINA DE DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA QUIEN REALIZA LA EVALUACIÓN DE LOS MISMOS.
3. **PROCEDIMIENTOS**. SE EFECTUA EL SEGUIMIENTO DE LA ACTUALIZACIÓN, MODIFICACIÓN Y CREACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE LAS AREAS DE LA INSTITUCIÓN, LOS CUALES SON FUNDAMENTALES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALMENTE LOS PROCESOS ASISTENCIALES QUE SE ENCUENTRAN LA MAYORÍA AVALADOS POR GESTION DE CALIDAD Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL AREA ADMINISTRATIVA EL GRAN PORCENTAJE SE ENCUENTRA EN PROCESO DE REVISIÓN Y POSTERIOR CODIFICACIÓN POR CALIDAD.
4. **RENDICION DE CUENTAS**: DURANTE EL PERIODO EN MENCIÓN EL DIA 29 DE JUNIO DEL 2011 SE RINDIÓ EL INFORME FINAL CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA DEL 2.010 Y SE REALIZO EL 07 DE OCTUBRE DEL 2011, LA RENDICIÓN DEL PRIMER SEMESTRE DEL 2011; DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD. CUYA PRESENTACIÓN SE REFLEJA EN LA PAGINA WEB DE LA INSTITUCIÓN.
5. **ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION**: AUDITORIAS INTERNAS AL 80% DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO AL SISTEMA UNICO DE HABILITACION Y SE REALIZA SEGUIMIENTO PERIODICO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO POR PARTE DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD.

SE REALIZO EN FEBRERO DEL 2011 CUARTA JORNADA DE LA AUTOEVALUACION A LA MAYORIA DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION REFLEJADOS EN LA NORMATIVIDAD Y SE HA REFORZADO EL TEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

6. **SATISFACION AL USUARIO**: ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTOS DEL AREA. DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO DE ENFOQUE DIFERENCIAL Y DIRECCIONAMIENTO A ESTOS PACIENTES PARA TRAMITE DE ASEGURAMIENTO. IMPLEMENTACION DE SIAU EN PUESTOS Y CENTROS DE SALUD. SEGUIMIENTO A MATERNAS EN FORMA PERMANENTE. DEFINICION DE CADA UNO DE LOS DERECHOS EN LOS DIEZ PASOS IAMI.
7. **TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL**:
 1. EN MAYO DEL 2011, SE PRESENTA PARA APROBACION DE COMITE DE ARCHIVOS DE LA INSTITUCION.
 2. ENVIO AL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE ARCHIVOS DE CUNDINAMARCA, LA CUAL EMITE CONCEPTO TECNICO SOBRE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL DE LA INSTITUCION.
 3. APROBACION DE LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL POR PARTE DEL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE ARCHIVOS DE CUNDINAMARCA, MEDIANTE ACUERDO N° 016-2011 Y RECEPCION DE OFICIO REMITIENDO APROBACIÓN (039927 DEL 1 AGOSTO 2011).
 4. ELABORACION DE LA RESOLUCION N° 177 DEL 2011, POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA E IMPLEMENTAN LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL APROBADAS.
 5. REMISION POR PARTE DE LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA RESOLUCION DE ADOPCION E IMPLEMENTACION DE LAS TABLAS A TODAS LA UNIDADES ADMINISTRATIVAS PARA SU RESPECTIVA SOCIALIZACION.
8. **SISTEMA DE INFORMACION**: SE ESTA INTEGRANDO LAS AREAS FINANCIERAS CON EL FIN DE OBTENER REGISTROS UNIFICADOS Y REALES. SE GENERO APLICATIVO INTRANET QUE PERMITE LA VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS QUE UTILIZAN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL CON EL FIN DE EVITAR MULTIAFILIAIONES Y DISMINUIR LAS GLOSAS.

SE GENERA INFORMACION EN MACROS PARA LAS DIFERENTES AREAS INSTITUCIONALES, ACORDE CON LAS NECESIDADES ESPECIFICAS DE CADA AREA. SE REALIZA SEGUIMIENTO AL 100% DE LA INFORMACION SOLICITADA POR LOS ENTES DE CONTROL SEGÚN CRONOGRAMA Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

9. **SISTEMA DE COMUNICACIÓN**: SE UNIFICO EN EL AREA DE MERCADEO PARA MEJORAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL CON EL AVAL DE GESTION DE CALIDAD, IMPLEMENTANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES , ELEMENTOS PUBLICITARIOS COMO FOLLETOS, VOLANTES, GUIAS, CARNET,

SEÑALIZACION, ETC.

VERIFICACION DE LA INFORMACION QUE SE TRASMITE POR CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN DEBE SER CERTIFICADA POR LA OFICINA DE MERCADEO Y COMUNICACIÓN (TELEVISION, MEDIOS IMPRESOS, RADIO, INTERNET).

POR MEDIO DEL BOLETIN INFORMATIVO SE DIFUNDE INFORMACION CORPORATIVA IMPACTANDO CARTELERAS, PAGINA WEB Y CORREOS ELECTRONICOS.

LA POLITICA DE COMUNICACIÓN SE SOCIALIZA EN LOS TALLERES DE INDUCCION Y REINDUCCION AL PERSONAL DE LA INSTITUCION.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

DIFICULTADES

1. SE CUENTA CON INSTRUMENTOS QUE PERMITEN APLICACIÓN DE CONTROLES, Y MEDICIONES, SOBRELAS CUALES SE EJECUTAN ACCIONES CORRECTIVAS Y DER MEJORA, SIN EMBARGO AMERITA FORTALECIMIENTO EN TEMA DE VERIFICACION Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO POR PARTE DE LOS LIDERES DE PROCESO.
2. ADAPTAR SISTEMA DIRECCIONADO POR LA COMISION NACIONAL DEL SERVICIO CIVIL -CNSC RELACIONADO CON LA EVALUACION DE DESEMPEÑO A FIN DE IMLEMENTAR LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL.

AVANCES

1. SE REALIZA SEGUIMIENTO A ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA EN TODOS LOS PROCESOS INSTTUACIONALES PARA LA MEDICION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y DE AUTOEVALUCION DEL CONTROL BASADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS. UNA VEZ REALIZADA LA VERIFICACION LOS PORCENTAJES DE AVANCE SE DISCRIMINAN A CONTINUACION :

IMPLEMENTACION MECI VIGENCIA 2011

ESTRATEGICOS		ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
PLANEACION	PROCEDIMIENTOS - En proceso de elaboración y actualización	40%	50%	50%
	ELEMENTOS MECI Consolidar en carpeta MECI todos los elementos a implementar	40%	90%	100%
	Consolidación de indicadores por procesos- Tablero de Mando. Pend. Reformulación Indicadores	40%	90%	100%
MDEO-COMUN-SISTEMAS	PROCEDIMIENTOS En proceso de elaboración y actualización. Manual De comunicación e imagen institucional.	40%	50%	50%
	ELEMENTOS MECI Consolidar en carpeta MECI todos los elementos a implementar	40%	90%	100%
	Se encuentra en evaluación matriz de información primaria y secundaria	40%	60%	70%

CALIDAD	PROCEDIMIENTOS Actualizados Procedimientos e instructivos para auditoria de procesos.	40%	60%	70% Falta socializaacion
	ELEMENTOS MECI Consolidar en carpeta MECI todos los elementos a implementar	60%	80%	100%
	Capacitacion a todas las areas y procesos sobre el Sistema Integrado de Gestion y Calidad	30%	60%	80%
EVALUACION		ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
GESTION DE EVALUACION	Elaborados y actualizados. Referenciados a gestión de calidad .	70%	80%	95%
	ELEMENTOS MECI Se obserba carpeta con todos los elementos del MECI enviado por las diferentes areas.	60%	80%	100%
	Realizar seguimineto en todos los procesos para mitigar los riesgos.	70%	90%	100%

MISIONALES	IMPLEMENTACION MECI	ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
APOYO TERAPEUTICO	PROCEDIMIENTOS 1.Actualizados área terapia respiratoria, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, sicología y optometría. Guías y manuales.	70%	80%	95%
	Pend: socializacion de algunos procedimientos.			
	ELEMENTOS MECI Consolidar en carpeta MECI todos los elementos a implementar	90%	90%	95%
	Se realizo el estudio y costeo de tercerizacion de l area de nutricion	60%	80%	100%
APOYO DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTOS 1.Actualizados proced, manuales y formatos de laboratorio y ecografías (Firmas).Pen legalizcion de RX	85%	90%	95%
	ELEMENTOS MECI Se consolido en carpeta MECI todos los elementos a implementar.	80%	90%	100%
	Se implento en todo el proceso de laboratorio los formatos y puntos de control .	80%	90%	100%

SER. HOSPITALIZACION-QUIRURGICOS	PROCEDIMIENTOS Proced, guías, protocolos y manuales están actualizados y socializados a todo personal de enfermería.	90%	95%	97%
	Pend. Listas de chequeo para adherencia de los mismos.			
	ELEMENTOS MECI Consolidar en carpeta MECI todos los elementos a implementar	95%	97%	100%
	Listas de chequeo para adherencia a proced, guías, manuales y protocolos.	60%	70%	75%
SER. CIRUGIA .	PROCEDIMIENTOS 1-Proced., protocolos y guías actualizados, codificados y socializados de salas Cx.	90%	95%	100%
	ELEMENTOS MECI Carpeta con elementos MECI.Pend. Algunas socializaciones.	80%	85%	90%
	Recepción de pacientes a salas de Cx. Proceso de codificación y verificación.	50%	70%	90%
MISIONALES	IMPLEMENTACION MECI	ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
SER. AMBULATORIOS	PROCEDIMIENTOS 1-Proced., guías y manuales de odontología actualizados.			
	Enfermería y MED grales para codificación y socialización.	20%	40%	60%
	Preced. Y guías de especialistas pendientes.			
	ELEMENTOS MECI No se observa Carpeta con elementos MECI actualizada y pendiente socializacion de documentos..	30%	40%	50%
	2. Se implementó el programa de ABS por odontólogo, incluido procdimientos y socialización.	50%	70%	100%
SER. URGENCIAS	PROCEDIMIENTOS Proced, guías y manuales de urgencias actualizados. Pend.socializacion	80%	85%	90%
	ELEMENTOS MECI se observa Carpeta con elementos MECI actualizada y pendiente socializacion de documentos..	60%	80%	90%

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROCEDIMIENTOS 1.Actualizaron procedimiento, otros en procesos de revisión.	50%	70%	95%
	ELEMENTOS MECI Carpeta con elementos MECI.Pend. Algunas socializaciones.	80%	85%	90%
	1.Se establecieron puntos de control – médicos para cumplimiento de requisitos en los certificados de nacidos vivos – Médicos hospitalarios. falta socialización.	50%	75%	85%
ATENCION PRIMARIA	PROCEDIMIENTOS SE actualizaron procedimiento, guías, protocolos y manuales. Pendientes listas de chequeo para medir adherencia.	60%	80%	95%
	ELEMENTOS MECI s La Carpeta con elementos MECI , no se encuentra actualizada y pendiente socializacion de documentos..	30%	50%	50%
	Programa de ABS en puestos y centro de salud- Verificación de SSS de usuarios para cumplimiento metas.	40%	70%	95%
SIAU.	PROCEDIMIENTOS Procedimientos y manuales de SIAU actualizados. Pendiente socialización.	80%	85%	90%
	ELEMENTOS MECI Carpeta con elementos MECI.Pend. Algunas socializaciones.	40%	70%	95%
	Adherencia de los derechos de los usuarios en el cliente interno.Se capacito, falta aplicar listas de chequeo	80%	90%	95%

IMPLEMENTACION MECI VIGENCIA 2011

APOYO		ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
REC. HUMANOS	PROCEDIMIENTOS 1.Actualizados. y Codificados por calidad. Se realizo socialización de procedimientos de Rec. Humanos y los de Salud Ocupacional.	70%	80%	90% Pendiente cartilla con procedimientos.
	ELEMENTOS MECI Se obserba carpeta con todos los elementos del MECI enviado por las diferentes areas.	50%	70%	100%

	1-Establecer puntos de control - Realizar Evaluación de desempeño oportunamente.	30%	50%	50%
REC. FINANCIEROS.	PROCEDIMIENTOS Proced. En proceso de revision por parte de la Subgerencia administrativa.: Costos – Tesorería- Contabilidad -Cartera y Presupuesto. Procedimientos en elaboracion fcturacion y caja menor.	30%	50%	60% Pendiente codificacion, socializacion y elaboracion de los faltantes.
	ELEMENTOS MECI Falta actualizar carpeta con elementos MECI enviado por las diferentes areas y su respectiva socializacion.	20%	30%	50%
	1-Realizar ajustes en l estados financieros producto de conciliaciones entre áreas.Cruce de cuentas con proveedores.Ajustes a los valores del Sistema de Seguridad Social. Se realizo calculo de depreciacion de bienes.Pendiente conciliacion con cartera	50%	60%	70%
RECURSOS FISICOS	PROCEDIMIENTOS Almacén: Actualizados y codificados e implementación de formatos.Pend.ingresos-salidas y adquisicion de insumos. Act. Fijos: Manual y procedimientos pend de codificacion y socializacion.Mantenimiento: En codificacion y falta socializacion. Mantenimiento: En codificacion y falta socializacion.	40%	65%	75%
	ELEMENTOS MECI Actualizada carpeta con elementos MECI enviado por las diferentes areas y su respectiva socializacion.	50%	75%	100%
	Act.Fijos: Levantamiento de inventarios y realizar baja bienes. Mantenimiento: En codificacion y falta socializacion. Falta socialización.	45%	63%	85%
APOYO		ABRIL -2.012	SEPTE - 2.012	DICIEMBRE- 2.012
GESTION DOCUMENTAL	PROCEDIMIENTOS Actualizados, codificados y socializados los de HC. Hospital y puestos. Pend. Los administrativos-archivo y correspondencia.	50%	65%	75%

	Las tablas de retencion documental se elaboraron y socializaron, pendiente su implementacion	60%	80%	90%
GESTION JURIDICA	PROCEDIMIENTOSContratación.: Elaborados y actualizados. 2- Se implemto Manual de Contratación U.C.I.D y Procesos judiciales: en revisión. Pend : codificación y socialización	50%	60%	80%

2. SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS AUDITORIAS INTERNAS CON BASE EN EL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS APROBADO POR LA GERENCIA, DEL CUAL SE EJECUTO UN 95% DE LAS PROGRAMADAS PARA LA VIENCIA DEL 2011, QUEDANDO PENDIENTE DE REALIZAR AUDITORIA SOBRE LAS ACCIONES DE P Y P , POR CARECER DE CONSITENCIA Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACION.
3. EN ENERO DEL 2012, SE RADICO PORCENTAJES DE AVANCE DE LOS HALLAZGOS OBSERVADOS POR LA CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA CON CORTE A DIC DEL 2.011,EN EL SE ANEXAN LAS EVIDENCIAS DE LOS AVANCES DADAS POR CADA UNO DE LOS LIDERES Y RESPONSABLES DE CADA UNO DE LOS PROCESOS.
4. SE HA REALIZADO MONITOREO A PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO MIDIENDO SUS AVANCES Y ACTUALIZANDO ACCIONES DE MEJORA CON BASE EN LOS HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES DADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.
5. DE ACUERDO A LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR LOS ENTES DE CONTROL Y BASADOS EN EL CRONOGRAMA PARA LA ENTREGA DE INFORMACION, SE REALIZO LA VERIFICACION Y SEGUIMIENTO A LA RADICACION DE LA MISMA.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

SE REALIZA SEGUIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO A LA PRESENTACION DE LOS INFORMES REQUERIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL EXPRESANDO LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS PARA DEFINIR LOS PORCENTAJES DE AVANCE, TANTO PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO -MECI Y AVANCE DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DEL HOSPITAL CON EL FIN DE REFORZAR LA TOMA DE DECISIONES A NIVEL GERENCIAL, DANDO CUMPLIMIENTO DE ESTA MANERA A LOS OBJETIVOS Y METAS INSTITUCIONALES.

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA, EMITE LOS PORCENTAJES DE AVANCE POR CADA UNO DE LOS SUBSISTEMAS Y ELEMENTOS; UNA VEZ REALIZADAS LA ENCUESTAS DE AUTOCONTROL DE LA GESTION - EVALUACION INTERNA Y DE CALIDAD.

SUBSISTEMA ESTRATEGICO	100,00%
SUBSISTEMA DE GESTION	99.73%
SUBSISTEMA DE EVALUACION	96.57%

DANDO COMO RESULTADO UN PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE MECI 99.07%.

RECOMENDACIONES

1. DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, ESPECIALMENTE LOS PROGRAMAS DE INDUCCION Y REINDUCCION INSTITUCIONAL Y LA MOTIVACION AL PERSONAL PARA CUMPLIMIENTO DE LOS VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES.
2. PROMOVER Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE BIENESTAR SOCIAL Y DE CAPACITACION CON EL FIN DE MEJORAR EL CLIMA ORGANIZACIONAL.
3. FORTALECER EL DESARROLLO DEL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION (DINAMICA GERENCIAL) CON EL OBJETO DE AGILIZAR Y UNIFICAR LA MISMA.
4. REFORZAR LA SOCIALIZACION Y ACTUALIZCION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TODAS LAS AREAS.
5. MOTIVAR A LOS LIDERES DE PROCESO PARA LA IMPLEMENTACION Y MANTENIMIENTO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO.

Dra. ANA MERCEDES RODRIGUEZ ZAMBRANO.

Jefe Control Interno
ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha