

**INFORME EJECUTIVO
ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
MARZO 2013 A JULIO 2013**

Dando cumplimiento a lo reglamentado por la ley 1474 de julio 12 del 2011, artículo 9, 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, 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 AVANCE - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI VIGENCIA 2013

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

AVANCES

Ambiente de Control:

1. La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas implemento el Código de Ética, el cual refleja la forma como los funcionarios deben actuar, aplicando los principios y valores establecidos para brindar y fortalecer una atención humanizada e integral a nuestros usuarios.
2. La Plataforma Estratégica de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha aprobada mediante acuerdo N° 016 de diciembre de 2012 por la Junta Directiva; se socializo al personal de la institución y asociación de usuarios; fue publicada en la pagina web; actualmente se proyecta la actualización de retablos en todas las sedes y servicios de la institucional.
3. El Desarrollo del Talento Humano se promueve por medio de la Unidades Locales de Gestión – ULG programadas por el área de calidad, realizada en la segunda semana de Julio del 2013, fortaleciendo las competencias del talento humano en temas como vigilancia epidemiológica, notificación de eventos en salud publica, manejo de residuos hospitalarios, sistema de gestión de productos farmacéuticos que incluye protocolo de recepción técnica, procedimiento para almacenamiento, protocolo para controlar condiciones ambientales y cadena de frio el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos y programa institucional de farmacovigilancia, Sistema Único de Habilitación, programa y política de Seguridad del Paciente. Así mismo, la capacitación continuada a través del diplomado de Acreditación dictado por el INCONTEC durante el primer semestre de la presente vigencia.
4. El Comité de Bienestar Social aprobó el plan para 2.013 donde se incluyen actividades de reconocimiento a las labores realizadas y estímulos para mejor clima organizacional. Respecto al plan de capacitación para la presente vigencia se ha desarrollado en temas como taller de sensibilización para pre-pensionables, portafolio de las Caja de Compensación Familiar, taller de AIEPI, inducción para el personal nuevo que ingresa a la institución.
5. La Comisión Nacional del Servicio Civil capacito a personal responsable de evaluar y a la comisión de personal sobre Evaluación al Desempeño Laboral, aplicando el Sistema Tipo con base en la norma vigente.
6. Referente a Salud Ocupacional, la institución se realizo taller lúdico de clima laboral y de normas de bioseguridad; se efectúa seguimiento al programa de medicina preventiva y a los planes de Higiene y Seguridad Industrial (Planes de emergencia e inspecciones de seguridad, etc.).

Direccionamiento Estratégico

1. Tomando como base la resolución N° 743 de I 15 de marzo de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la Junta Directiva revaluó el Plan Indicativo vigencia 2.012-2015, según acuerdo N° 05 de abril/13 y actualizo el Plan Anual Operativo vigencia 2.013 según acuerdo N° 06 de Abril/13, donde se incluyeron los indicadores financieros expuestos en la norma citada. Por tal razón se hizo procedente ajustar el Plan de Gestión para la vigencia 2.012 a 2.015 el cual fue presentado a la Junta Directiva y aprobado mediante acuerdo N° 07 del 26 de Abril del 2013.

- Se definieron los POAS por procesos, donde se establecen metas contempladas en el Plan Indicativo, Plan Estratégico, Planes de mejoramiento generados por entes de control (Contraloría de Cundinamarca) y planes de mejoramiento institucional. En el mes de Abril se realizó el respectivo seguimiento y se proyecta para la segunda semana de Julio 2013. La gerencia programa reuniones permanentes (Comités) para el seguimiento y cumplimiento de las metas establecidas por las diferentes procesos de la entidad.
- Para la vigencia 2.013, el presupuesto asciende a \$32.904.996.000 de pesos M/c para el funcionamiento de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha y la ejecución a 30 de Junio (en miles de pesos) se refleja en el siguiente cuadro:

PRESUPUESTO	RECONOCIMIENTOS	% EJECUCION	RECAUDOS	%RECUPERACION
INGRESOS	\$17.287.042	52.8%	\$12.072.148	69,8%

PRESUPUESTO	COMPROMISOS	% EJECUCION	GIROS	% PAGOS
GASTOS	\$ 22.107.197	67,5%	\$ 11.435.212	52.0%

Administración del Riesgo

- Para la vigencia 2013, se están proyectando los Mapa de Riesgos Institucional y por cada procesos de la entidad, con base en los planes institucionales e incluyendo los riesgos que no se mitigaron en la vigencia anterior.
- Para dar cumplimiento al artículo 73 de la ley 1474 de 2011 y con base en directrices dadas por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica y la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del DAFP; la institución proyecta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano incluyendo los cuatro componentes descritos en la norma : Mapa Riesgos de Corrupción y acciones para su manejo; Estrategia anti trámites; Estrategia de rendición de cuentas y mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Es importante continuar realizando actividades que permitan reforzar los principios y valores de la Entidad en su cultura organizacional y socializar a todo el personal el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para fortalecer la transparencia y evitar la corrupción en las actividades generadas en el hospital.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

AVANCES

Actividades de Control

- Se proyectaron políticas Institucionales direccionadas a la implementación del Sistema de Acreditación como política de Información, política Humanización y política de Seguridad Informática, las cuales se encuentran en proceso de evaluación para su posterior aprobación.
- Se socializó la Política de Seguridad del Paciente en el mes de marzo dirigida al cliente interno y en la programación del mes de julio de las Unidades Locales de Gestión para funcionarios de los Puestos y Centros de salud, incluyendo la Asociación de Usuarios según cronograma.

3. Para la evaluación del clima de seguridad del paciente, con el apoyo de estudiantes de la Universidad Manuela Beltrán se aplicó una encuesta, a 150 funcionarios del área asistencial y administrativa (Muestra aleatoria), información consolidada con los siguientes resultados: Grado de seguridad del paciente bueno = 68% y Grado de Seguridad del paciente Regular = 32%. Se proyecta replicar el resultado con el fin de determinar acciones de mejora.
4. De otra parte se actualiza a diario las bases de datos con los eventos adversos los cuales se evalúan y analizan en su totalidad por un grupo multidisciplinario asignado por el hospital, donde se toman decisiones para mejorar la atención y brindar seguridad a los usuarios por medio de educación y sensibilización al personal asistencial y con la adquisición de recursos según el caso.
5. Por directriz de la gerencia, la oficina de calidad y planeación ha venido trabajando en la revisión y fortalecimiento de sus procesos, procedimientos, formatos y controles, para lograr el cumplimiento de la gestión institucional y el mejoramiento continuo, especialmente en los procesos de apoyo (Gestión Financiera, Jurídica, Ambiental y Física).
6. Estándares de Habilitación. Dando cumplimiento a la resolución 1043 del 2006, se gestionaron los distintivos de los servicios prestados por área de consulta externa los cuales incluyen servicios como consulta de anestesia, cirugía general, endodoncia ginecobtetricia, medicina general, odontología general, oftalmología, optometría, ortodoncia, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, urología, cirugía plástica y estética, atención preventiva en la salud e higiene. Para el hospital se realizó la inscripción del servicio de endoscopia digestiva.
7. Respecto a la nueva normatividad Resoluciones 1440, 1441, 1442 y 4505 del 2013 emanadas del Ministerio de la Protección Social, la institución recibió capacitación y se inició la verificación y evaluación (Sibate) a cada uno de los servicios a prestar en todos los procesos institucionales. Así mismo, se encuentra en trámite la contratación de servicios de una ambulancia medicalizada para dar cumplimiento a lo establecido en el estándar de interdependencia de los servicios.
8. Estándares de Acreditación: Se realiza mesa de trabajo para el seguimiento de las acciones descritas en los planes de mejoramiento con los responsables de cada proceso, a la fecha se ha efectuado seguimiento a los procesos de ambiente físico, gestión de la tecnología, gerencia de la información, gestión del talento Humano y a los estándares asistenciales verificando los cronogramas establecidos.
9. Indicadores. Se realiza medición y seguimiento a los indicadores de calidad de acuerdo a la normatividad vigente, desde el área de estadística y calidad, los cuales se analizan en el Comité Técnico en forma periódica. Así mismo, la gerencia presenta a la junta directiva para su respectivo aval y análisis los indicadores plasmados en el Plan Indicativo, Plan de Gestión, Planes de Mejoramiento producto de las auditorías realizadas por los entes de externos de control, base para la toma de decisiones, auditorías 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 se evalúan por parte de la gerencia.

10. Satisfacción al Usuario. Durante el primer semestre se recibieron 48 quejas, de las cuales el 56.3% no registra su afiliación y el 43,7 pertenece al régimen subsidiado. En el cuadro siguiente se especifica la participación de los puntos de atención :

	Nº quejas	% participación
Hospital Sede	15	31,25
Sibate	29	60,42
Dispensa	2	4,17
Pablo Neruda	2	4,17
TOTAL	48	100%

Fuente. Proceso Atención al usuario

La causa mas frecuente es la inconformidad en la prestación del servicio de las diferentes áreas, por inoportunidad en la atención y asignación de citas.

Información.

1. Sistema de información. Se dio inicio a la implementación del Sistema de Dinámica Gerencial en la versión. Net, capacitando a los usuarios administrativos y a partir del 1 de Junio se dio entrada a los módulos administrativos y a la historia clínica digitalizada en el área de triage, urgencias, observación y consulta externa; en forma escalonada se ha ido implementando en las áreas especializadas y de enfermería. Se tiene proyectado para el mes de agosto la implementación del modulo de Historia Clínica en los servicios de consulta medica especializada, odontología y hospitalización.

Comunicación Pública

1. Sistema de Comunicación. Se informa a través de la página web, las convocatorias de menor y mayor cuantía dando cumplimiento al Estatuto de Contratación aprobado según acuerdo N° 015 de Dic. del 2012 emanado de la Junta Directiva y se continua con el 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. Así mismo, se publica las noticias y eventos relevantes para el bienestar y conocimiento (comprobador de derechos de usuarios) de la comunidad.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

AVANCES

Autoevaluación

1. Se cuenta con el seguimiento trimestral al Plan Operativo Anual, Plan Indicativo con corte al primer semestre del 2.013 por parte de la oficina de planeación, el cual será presentado a la Junta Directiva para su aprobación.
2. La oficina de planeación, efectuó el seguimiento a los POAS del primer trimestre de la presente vigencia, donde se evalúan el cumplimiento de metas establecidas para fortalecer los objetivos del proceso y a nivel institucional.

Evaluación Independiente.

1. La oficina de Control Interno dando cumplimiento a la normatividad vigente, de marzo y julio de 2013, ha realizado verificación y seguimiento a los planes de gestión, planes operativos anuales por proceso en conjunto con la oficina de planeación. Se realiza verificación a las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios a través de informe de SIAU el cual es remitido a la Secretaria de Salud de Cundinamarca con periodicidad mensual.

Así mismo, se presentó el Informe Pormenorizado de Control Interno del periodo comprendido entre los meses de noviembre de 2012 y Marzo de 2013, publicado en la página web y el género el informe de Derechos de Autor en el mes de marzo.

2. Dando cumplimiento a Plan Anual de Auditoria para la vigencia del 2013, la Oficina de Control Interno realizó auditorias en los procesos asistenciales y de apoyo programadas desde marzo a la fecha.

Las auditorias realizadas se direccionaron a los procesos de Recursos Financieros como verificación y arqueo de caja menor (2 Auditorias), arqueo y auditoria puntos facturación de Hospital - Puestos y Centros de Salud; a Recursos Humanos con la verificación y seguimiento de Evaluación de desempeño a funcionarios de carrera administrativa y acuerdos de gestión; a Gestión Ambiental y Recursos Físicos en el seguimiento al proceso de almacenes medico quirúrgico y general. Con base en lo anterior se han generado algunos los planes de mejoramiento.

Así mismo en el mes de abril se realizó asesoría y acompañamiento para levantamiento y conteo físico de los insumos y material medico-quirúrgico existentes en los almacenes de la institución, se efectuó el informe técnico por parte de los responsables y se presentó al Comité de Sostenibilidad Contable para realizar los ajustes pertinentes en cuanto a sobrantes y faltantes de los productos verificados.

Planes de mejoramiento

1. **Institucional.** Dando cumplimiento a la Resolución N° 150 del 2006, una vez verificado y efectuado el seguimiento a las acciones plasmadas en el Plan de Mejoramiento producto de la Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral de la vigencia 2011, realizada por la Contraloría de Cundinamarca, con corte a 30 de Junio del 2013; se remitió acciones ejecutadas y porcentaje de avance de cada uno de los hallazgos observados por el ente de control. Durante el ultimo trimestre se ha avanzado en temas relevantes como depuración de la cartera e identificación de saldos; definición de elementos obsoletos y deteriorados para dar inicio al proceso de baja por intermedio del martillo del Banco Popular y presentado a la Junta Directiva para su aval; verificación y actualización del formato Único de Hoja de Vida del Departamento Administrativo de la Función Publica dando cumplimiento a la ley 190 del 1.995; actualización de procesos y procedimientos, guías, protocolos y manuales avalados por la oficina de calidad; realizar control y verificación a los requisitos mínimos exigidos por ley para el proceso de contratación y seguimiento por parte del supervisor de los contratos; implementación del sistema integral de información Sistema Dinámica Gerencial en versión punto net con base en contrato N° 621 de Prestación de Servicios suscrito con la Secretaria de Salud de Cundinamarca y SYAC donde incluye a la ESE hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha efectuando seguimiento a compromisos en forma semanal; se garantiza seguridad en los recaudos institucionales con la implementación de cajas de seguridad en cada punto de facturación, se elaboro programas de tecno-vigilancia y fármaco-vigilancia con el fin de garantizar el suministro de medicamentos, insumos y suministros en forma adecuada y oportuna y se esta efectuando el respectivo saneamiento fiscal de los aportes generados por el Sistema de Seguridad Social.

Por parte de auditoria médica y de enfermería da respuesta a los hallazgos presentados por las EPS Convida, Ecoopsos, Colsubsidio, Cafam y Humana Vivir a los

procesos misionales basados en los estándares de habilitación y a la vez se remite el plan de mejoramiento respectivo elaborado por el líder del proceso asistencial tanto a hospital como puestos de salud Santillana, Cazuca, Despensa, Sibate, Ciudad Latina y Granada.

2. Por **proceso**. La oficina de Control Interno efectúa verificación de los planes de mejoramiento por procesos producto de las auditorias internas, evaluando el cumplimiento de metas para el mejoramiento continuo de las actividades que se realizan al interior de cada uno de ellos y la oficina de calidad por intermedio de la auditora medica y de enfermería realiza el seguimiento a los planes de mejoramiento de las observaciones realizadas por las EPS.
3. Respecto a los planes de mejoramiento **individuales** producto de auditorias medicas se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora especialmente a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería para mejoramiento continuo del los servicios por medio de capacitaciones, rondas de seguridad a los servicios y socializaciones de los hallazgos.

Dra. ANA MERCEDES RODRIGUEZ ZAMBRANO

Jefe de Control Interno

ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha