



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

**INFORME EJECUTIVO**  
**ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**  
**MARZO A JULIO 2012**

La Oficina de Control Interno presenta el tercer 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: MARZO A JULIO 2012
		Fecha de elaboración: 12 DE JULIO DE 2012

### SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

#### DIFICULTADES

1. Actualizar el Código de Ética y Calidad, en relación a la Política IAMI y Deberes y Derechos de los Usuarios.
2. Continuar con el afianzamiento de los principios y valores institucionales para la optimización de prestación de servicios.
3. Reformular la Plataforma Estratégica Institucional (2.012 -2015), acorde con los Plan de Desarrollo Departamental; Planes Estratégicos y de Gestión Institucionales.
4. Evaluación a los planes relacionados con el talento humano, como plan de incentivos, capacitación y bienestar social.
5. Proyectar para la presente vigencia, programas de inducción y rendición a nivel institucional.
6. Concientizar a los responsables de la Evaluación de Desempeño Laboral de los funcionarios de Carrera Administrativa, en cuanto a la oportunidad de evaluar y manejo de resultados para aplicar incentivos o en su defecto proyectar planes de mejoramiento individual para reforzar el cumplimiento de compromisos.
7. Funcionabilidad del Comité de Coordinación de Control Interno, para definir directrices y formulación de proyectos requeridos para la implementación de MECI.

#### AVANCES

1. Existencia del Código de Ética y de Calidad, aprobado mediante acto administrativo, socializado e implementado (Medición de adherencia).
2. Se retomo el proceso de Inducción al personal nuevo de la institución, con periodicidad mensual a partir de Junio del 2012.
3. Se adopto la estructura organizacional y funcional de la institución, por lo que se definió y aprobó el Mapa de procesos que facilita la gestión a nivel institucional.
4. **INDICADORES:** Se realizo seguimiento al los indicadores del Plan Operativo Transitorio aprobado por Junta Directiva para el primer semestre del 2012, los que serán ajustados para el segundo semestre en concordancia al los planes de Desarrollo Departamental, Municipal y Plan de Gestión 2012-2015 proyectado por la nueva gerencia. Se continúa con el seguimiento a los indicadores de producción y calidad que son base para toma de decisiones y reporte a antes de control.

5. **MAPA DE RIESGOS:** Se proyecto para la vigencia del 2012, los Mapas de Riesgos por cada uno de los procesos, tomando como base los riesgos que no lograron mitigarse en la vigencia anterior y registrando las acciones de control para los nuevos riesgos detectados. Durante los meses de Abril Y Mayo se realizo el seguimiento de las acciones de control y preventivas para definir el cumplimiento y porcentaje de avance de la presente vigencia con el fin de minimizar, trasferir o controlar los riesgos.
6. **BIENESTAR SOCIAL:** Se realizo encuesta a los funcionarios para definir las actividades plasmadas en el Programa de Bienestar Social para el año 2.012; priorizando los temas enunciados en la norma ( Decreto 1567/98). El presupuesto aprobado par la vigencia 2012, asciende al valor de \$ 102.032.000 pesos M/Cte., de los cuales a la fecha se ha ejecutado el 17.62% para las actividades proyectadas por el Comité de Bienestar Social.
7. **EL PLAN DE CAPACITACION :**Para el 2012, el presupuesto aprobado fue de \$ 16.600.000 pesos M/Cte,basado en el Plan de Capacitación, el cual fue proyectado de acuerdo a las necesidades de cada área y encaminados a fortalecer la misión institucional, con temas para ampliar el conocimiento de la normatividad vigente especialmente en los procesos asistenciales. A la fecha se ha ejecutado el 9.25%.
8. **LA EVALACION DE DESEMPEÑO,** Se realizo evaluación para los funcionarios inscritos en carrera administrativa con base en los plazos dados según la normatividad vigente a Enero del 2012. Se concertaron los compromisos labores para el periodo Febrero 2012 a Enero 2013. SE evaluaron acuerdos de gestión con los gerentes públicos y se suscribieron nuevos con base en cambios realizados a nivel directivo acorde con los planes, metas y objetivos Institucionales.
9. **EL PRESUPUESTO** de Rentas y Gastos para la vigencia fiscal del 2012 asciende a la suma de \$ 31.761.639.000.oo pesos M/CTE; aprobado mediante acuerdo N° 08 de Diciembre 06 de 2011. La ejecución con cierre a Junio del 2012 , se observa en el siguiente cuadro:

	RECONOCIMIENTO	%EJECUCION	RECAUDOS	%RECAUDO
PTO-INGRESOS	\$18.852.136.000	59.4%	\$ 12.650.996.000	67.1%
	COMPROMISOS	%EJECUCION	GIROS	%GIRO
PTO-GASTOS	\$18.776.457.000	59.1%	\$10.798.216.000	57.5%

## SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION.

### DIFICULTADES

1. Legalizar, actualizar e implementar los procedimientos y manuales de los procesos de apoyo para el logro y cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
2. Definición y seguimiento a planes e mejoramiento individual para los funcionarios inscritos en carrera administrativa para reforzar el cumplimiento de compromisos laborales y comportamentales definidas en la evaluación.
3. Efectuando implementación del modulo de Historia Clínica por el Sistema de Dinámica Gerencial, se carece de las herramientas suficientes como equipos de computo y falta de compromiso de personal medico. EL proceso de implementación de Activos fijos esta bloqueado por falta de información inicial y a nivel general la implementación de l sistema integral de información Dinámica Gerencial se ha afectado por la alta rotación de personal especialmente en facturación y cartera.

### AVANCES

1. De acuerdo a las diferentes políticas de operación implementadas en la institución, se refleja los avances:  
**SEGURIDAD DEL PACIENTE**, se continúa con la implementación del programa de seguridad del paciente, búsqueda activa de eventos adversos por medio de rondas de seguridad por los servicios, actualización de bases de datos y análisis de los mismos en el Comité de Seguridad mensualmente. Se realizo evaluación de la adherencia al protocolo de lavado de manos e informe a líderes de los diferentes servicios. Se celebro el día mundial de lavado de manos mediante concurso de los 5 momentos de verdad del lavado de manos en la institución. Elaboración de proyecto de Clínica de Heridas a nivel institucional con el fin de disminuir costos y estancias hospitalarias.  
**IAMI** : Se continua con el fortalecimiento de los diez pasos para el cumplimiento de la estrategia IAMI, adicionalmente se reinicio el programa de recuperación nutricional para niños menores de cinco años y que presenten bajo peso para la edad y talla. Se solicito visita para seguimiento por parte de Secretaria de Salud de Cundinamarca.
2. **PROCEDIMIENTOS**. Verificación por calidad a la actualización, modificación y elaboración de procedimientos según cambios de normatividad. para socialización e implementación por parte e cada líder de proceso.
3. **RENDICION DE CUENTAS**: Se hizo entrega, evaluación y calificación del Plan de Gestión 2008-2011, obteniendo una calificación de 4,25, donde se condensa gestión realizada en las área gerencia, administrativas y financiera y asistencial. Según acta del 17 de Febrero del 2012. Y avalado por la Junta Directiva.

4. **ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION:** Se realizaron auditorias internas especialmente en los procesos misionales como ginecología, salas de cirugía, quirúrgicos, hospitalización, pediatría, consulta externa, promoción y prevención, urgencias, ambulancias y en los nueve Puesto y centros de salud con el fin de fortalecer la funcionabilidad de cada uno de los procesos por medio de verificación y seguimiento plasmadas en los planes de mejoramiento. Se programo jornada de capacitación por parte del Ministerio de protección Social, direccionada a actualización de novedades de los estándares d acreditación, para dar continuidad al proceso de acreditación de la institución.
5. **SATISFACION AL USUARIO:** Se capacito a los Centros y Puestos de Salud sobre procesos SIAU, para su implementación, definiendo referentes. Se envía consolidado de Quejas y reclamos a los entes de control. Divulgación de Deberes y Derechos en forma diaria. Reforma de estatutos de la Asociación de Usuarios y organización documental.
6. **SISTEMA DE INFORMACION:** Para mejor el sistema de información interna, se gestiono y se adquirió compromiso por parte de Secretaria de Salud de Cundinamarca, área de sistemas de actualización a septiembre de la actualización a .net del software del Dinámica Gerencial y el licenciamiento global del equipo de cómputo de la institución. Verificación al 100% de reportes e informes solicitados a entes de control según lo estipulado en la norma.
7. **SISTEMA DE COMUNICACIÓN:** Identificadas las fuentes de información se verifica la administración y manejo de la misma para mejorar la imagen institucional. Se difunde información corporativa por medio del boletín informativo.

## SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

### DIFICULTADES

1. Oportunidad en la entrega de planes de mejoramiento de observaciones hechas con base en el Plan Anual de Auditorias, por la Oficina d Control Interno y reforzar el cumplimiento de acciones correctivas por parte de líderes de proceso.
2. Implementar planes de mejoramiento individual basado en los resultados de la evaluación de desempeño laboral acorde con lo estipulado por la COMISION Nacional del Servicio Civil.

### AVANCES

1. Definido el Plan Anual de Auditorias internas y aprobado por gerencia, se da cumplimiento a lo programado para la vigencia del 2012.
2. Basado en cronograma establecido para entrega de información a los entes de control, se efectúa verificación de radicados en términos establecidos.
3. Elaboración de Mapa de Riesgos de acuerdo a las directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Publica.
4. Se realiza revisión y seguimiento al Plan de mejoramiento Institucional, producto de auditoria integral realizada por el ente de control, definiendo porcentajes de avances y el cual se radica con oportunidad a la Contraloría de Cundinamarca.
5. Verificación de acciones correctivas plasmadas en los planes de mejoramiento por procesos para la medición de implementación del MECI y Autoevaluación del Control, modificando las que son necesarias de acuerdo a la dinámica de cada proceso y definiendo sus avances.

## ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Se presentaron los informes de evaluación al Sistema de Control Interno Contable (Contaduría); Informe Ejecutivo al Sistema de Gestión de Control Interno (DAFP); Informe de Derechos de Autor ( ), Avances a Planes de Mejoramiento (Contraloría y Gerencia) con corte a 31 diciembre del 2011 y se radico el 9 de Julio del 2012 el segundo informe de avance al Plan de Mejoramiento Institucional.

## 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