

**E.S.E. MARIA AUXILIADORA  
DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA  
INFORME EJECUTIVO CUATRIANUAL  
MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**MECI INFORME MARZO 2013**

**Subsistema de Control Estratégico**

**Avances**

- La hoja de ruta para la inducción de personal que se empezó a implementar en Diciembre, tuvo cambios sustanciales, en cuanto a personas que participan en la inducción y aumentando los temas mínimos que se deben presentar en la inducción del personal.
- Se elaboró el Plan de Capacitaciones, se dispuso que mensualmente se publicará en las carteleras institucionales y en el Comité de Capacitaciones y Bienestar, los cursos de formación que están programados cada mes, con el fin de hacer un seguimiento continuo a las actividades.
- El Plan de Acción planteado para el año 2013, concordante con el plan estratégico hospitalario 2012 – 2016 y con las directrices del Ministerios de protección social en la Resolución 710 de 2013, fue presentado ante el Concejo municipal y ante los funcionarios de la entidad, con el fin de dar a conocer y concientizar a todos con el compromiso propuesto por la Alta Gerencia.
- Se empezaron a realizar inventarios cíclicos y cruces de caja en farmacia y facturación respectivamente, con el fin de implementar la cultura del autocontrol.

**Dificultades**

- La nueva Plataforma Estratégica (Misión, Visión, Objetivos institucionales), elaborada en Diciembre de 2012, fue aprobada por la Junta Directiva de la institución hasta el mes de Abril, esto ha retrasado la publicación y socialización con el cliente interno y externo, para crear sentido de pertenencia
- Aun que se han suplido algunos procesos de inducción y capacitación del personal, la falta de Coordinador de gestión humana, sigue presentando inconvenientes con respecto a la re inducción del personal que actualmente labora en la entidad.
- Se hace necesario realizar el proceso de evaluación del desempeño del servidor público y de las demás personas que adelantan acciones en la entidad, con el fin de concertar objetivos y verificar su cumplimiento
- No se cuenta con un plan de incentivos normado que estimule al servidor.

**Subsistema de Control de Gestión**

**Avances**

Riesgos de la entidad.

- El seguimiento a riesgo se viene realizando mediante las estrategias de seguimiento de Evento adverso en el área asistencial (seguimiento al error humano) y por medio del comité de Farmaco y Tecnovigilancia, (seguimiento a los riesgos presentados por Equipos biomédicos y por medicamentos) estas estrategias traen como resultado el reporte y la acción de mejora, evitando de esta forma que el riesgo se materialice en una nueva oportunidad.
- Se inicia proceso de capacitación al personal de la institución, en tablas de retención documental TRD, se adelanta el proceso contractual para la compra de elementos necesarios (Carpetas y cajas) por parte de SubGerencia. Lo cual garantizara la realización del proceso.
- El área de calidad y control interno, en realiza seguimiento a los indicadores implementados en la entidad, con el fin de hacer retroalimentación con los funcionarios, y elaborar estrategias de mejora.
- Se implementa el comité de Convivencia institucional y el comité paritario de salud ocupacional – COPASO, con el fin de recibir sugerencias y peticiones del cliente interno y hacer partícipes a los servidores de la institución.

## Dificultades

- Las políticas principales de la entidad fueron elaboradas en 2009, adicionalmente estas políticas no son reconocidas ni utilizadas por los funcionarios de la entidad, se requiere realizar la actualización en apoyo de los coordinadores de la institución y socializarlas en la comunidad.
- La información primaria de la institución, publicada en la página WEB esta desactualizada, se hace necesario la actualización de la misma y la renovación periódica con temas de interés.
- La institución debe hacer uso de las redes sociales, con el fin de obtener de primera mano las necesidades del usuario, de esta forma poder interrelacionarse con grupos poblacionales diferentes a los integrantes de la asociación de usuarios.
- La contingencia en la que se encuentra la ESE por la construcción de la nueva infraestructura, hace que no se cuente con un espacio específico para el archivo, así mismo se reflejan 4 sitios diferentes de almacenamiento de documentación, con lo cual la implementación de las tablas de retención documental se hace más complejo.
- Aunque se hacen diversas actividades por parte del SIAU, se tiene dificultad en la captación de nuevas personas que hagan parte de la Asociación de usuarios o grupos de interés

## Subsistema de Control de Evaluación

### Avances

- Se presenta ante los funcionarios el nuevo Plan de Auditorías – DAMEC 2013, en el

en el servicio de salud prestado a los usuarios.

- Se realiza actualización del manual de contratación de la institución, esto con el fin de hacer un mejor seguimiento al proceso y buscar correctivos a hallazgos encontrados por Contraloría en 2012.
- Se elaboran nuevos formatos de entrega de turno en el servicio de urgencias con el fin de comprometer a los funcionarios con el cuidado de los equipos y la notificación oportuna de los daños ocurridos, este formato también debe ser implementado en Consulta externa.
- El comité de control interno se está realizando con mayor frecuencia (cada mes), a este asisten todos los coordinadores de área, con el fin de multiplicar los aspectos relevantes tratados en cada reunión.
- El área de control interno, iniciara a partir del próximo mes, capacitaciones mensuales en el tema de control interno y calidad a los servidores de la entidad, con el fin de contar con un grupo multidisciplinario que conozca del tema y apoye las iniciativas.

### **Dificultades**

- No existe cultura de autoevaluación en los servidores, se hace necesario realizar campañas que difundan la cultura del autocontrol.
- No se ha definido el programa anual de auditoria de 2013, se debe presentar ante el comité de control interno para su aprobación y posterior ejecución en el segundo semestre del 2013.
- La auditoría interna se ve afectada por la falta de profesionales capacitados para la realización de las mismas, siendo también un factor negativo la disponibilidad de tiempo para realizar dichas actividades que demandan seguimiento y capacitaciones continuas.
- La entidad no cuenta con personal de carrera administrativa, por lo tanto no tiene definidas las herramientas para la evaluación del personal provisional y de los contratistas. Se debe buscar concepto por el cual se permita realizar la evaluación a estos tipos de contratación.
- Se deben unificar los formatos de elaboración del plan de mejoramiento, puesto que se manejan diversos diseños que no permiten tener acceso a la misma información en cada cual.

### **Estado general del Sistema de Control Interno**

La ESE María Auxiliadora está adelantando la actualización de todos sus procesos, políticas, manuales y guías de acuerdo a las necesidades actuales del Servicio, con una información actualizada en legislatura y concordante con el nivel de atención de nuestra institución.

Se está realizando especial énfasis en los procesos y procedimientos que se van a implementar en cada área, elaborando pasos de autocontrol e indicadores que nos reflejen la adherencia al proceso, ya que de aquí depende que contemos con un nuevo mapa de riesgos que permita crear controles capaces de mitigar el riesgo y minimizar el impacto

El sistema de control interno en la institución tiene inconvenientes con la divulgación de la información a todo el personal, esto dado por los horarios laborales manejados por nuestros servidores.

### **Recomendación frente al Sistema de Control Interno**

- Actualizar Manual de procesos y procedimientos de la entidad y elevarlo a acto administrativo con el fin de se convierta en la hoja de ruta de los servidores que laboran en la institución.
- Se debe realizar la evaluación de los servidores, indiferente el tipo de contrato.
- Realizar por parte de los responsables de los procesos seguimiento continuo y permanente a los indicadores, de encontrarse alguna desviación se debe realizar el respectivo plan de mejoramiento.
- Se hace necesario mejorar los procesos de comunicación, con el cliente interno y externo de la institución, con el fin de informar y documentar a la comunidad según las necesidades.

<b>Diligenciado por:</b>	<b>DIANA GICED LOPEZ PRADA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>28/04/2013</b>
<b>Revisado y Aprobado por:</b>	<b>JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ POSADA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>28/04/2013</b>