
	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 1 de 8	

ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ

INFORME EJECUTIVO ANUAL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

VIGENCIA 2015

Acatando lo establecido en el Decreto 943 del 2014 “ Por medio de la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI“ La E.S.E Hospital Pedro León Álvarez Díaz realizo para la vigencia 2015 la actualización del Modelo Estándar de Control Interno, de conformidad con el acto administrativo N. 226 del 8 de octubre de 2014, dentro del cual se determinaron las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un sistema en las Entidades de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley 87 de 1993.

De lo anterior, se cumplió satisfactoriamente con cada uno de los productos mínimos exigidos, demostrando un importante desempeño por los funcionarios y servidores públicos del hospital.

Se evidencia un gran compromiso por parte de la alta dirección, en los ajustes, implementación y fortalecimiento de los Sistemas de Control Interno y Garantía de la Calidad.

FORTALEZAS

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

De conformidad con los lineamientos establecidos por el Gobierno Departamental,



La Junta Directiva, y normas que regulan el sector de Salud, se ha llevado control a la gestión en los procesos de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y Evaluación, monitoreado permanentemente a través de la ejecución del POA institucional. Informe del PSFF, Circular Única, e informe suministrado cumpliendo los requerimientos establecidos en el decreto 2193 del 2004, Contraloría Departamental entre otros.

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 ACUERDOS COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS

La Entidad cuenta con un Manual de Ética y buen Gobierno, el cual tiene como propósito fomentar las buenas prácticas en la gestión de lo público, mediante el reconocimiento de compromisos que desarrollen políticas de orientación estratégica y de gestión, con énfasis en la transparencia e integridad en las actuaciones, las decisiones, las relaciones y los comportamientos éticos de todos los Servidores Públicos del Hospital para asegurar un manejo responsable y transparente.

La Mesa (Cund.)- Calle 8 N°. 25-34 PBX. 5878570 ext. 536
Email control.interno@hospilamesa.gov.co

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 2 de 8	

Frente a los compromisos, están acordes al direccionamiento del Hospital, la relación con los órganos externos, la gestión integral, la comunicación e información, la calidad, la responsabilidad social y el control interno.



En cuenta a los protocolos éticos: los Servidores Públicos del Hospital, deben manifestar sus compromisos con los valores y principios éticos, adoptando la estrategia que permita aplicarlos y divulgarlos.

1.1.2 DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

El Hospital cuenta con un Plan Institucional de Capacitación vigencia 2015, cuyo objetivo principal de la capacitación es mejorar la calidad de la prestación de los servicios a cargo del estado, para el bienestar general y la consecución de los fines que le son propios, así como garantizar la instalación cierta y duradera de competencias y capacidades específicas en los Servidores Públicos y en el Hospital, el plan anual de capacitación de la E.S.E Pedro León Álvarez Díaz el cual fue adoptado mediante Decreto 4665 de 2007.

Se cuenta con un manual de inducción y reinducción adoptado por medio de acto administrativo N.278 del 23 de septiembre de 2013 con su respectiva socialización, se cuenta con un programa de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) realizando las siguientes actividades.

1. Mensualmente se realiza reunión del Comité Paritario de Salud y seguridad en el trabajo.
2. Se realizó 3 convocatorias a fin de conformar el comité COPASST, las cuales se declararon desiertas.
3. Se realizaron inspecciones y retroalimentación de residuos y bioseguridad en compañía del profesional de ARP SURA, dentro de la institución donde se evidencia que se está mejorando la disposición de los residuos hospitalarios, pero que se debe reforzar en temas rotulación de los insumos y elementos de aseo
4. Se conformaron las Brigadas de Emergencia y realización de capacitación mensual para sus integrantes.
5. Se realizaron pausas activas por los diferentes servicios.
6. Con la asesoría de la ARL SURA se capacito en Satisfacción Gestión Humana: (Trabajo en equipo, comunicación y relaciones laborales). Dirigido inicialmente a líderes y coordinadores de área y luego se realizó una para el personal en general.
7. Se capacito al personal en general sobre manejo de extintores: Capacitación dictada por el Cuerpo de Bomberos de La Mesa.

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 3 de 8	

8. Se organizó la participación del personal en el simulacro de emergencia organizado a Nivel Nacional.
9. Se actualizo en la matriz de elementos de protección personal con la asesoría de profesional de la ARP SURA
10. Se trabajó en el documento del Plan de seguridad vial en asesoría de profesional de la ARP SURA.
11. Se obtuvo el primer borrador del documento “SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)”.
12. Cambio de puestos de trabaja establecidos en la norma al 100% (ergonómicos)
13. Cambio de luminarias en el 80%
14. Adecuación de los shuck de basuras en los centros y puestos de salud (para peligrosos y no peligrosos).
- 15.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS



Por medio del Acuerdo N 193 del 2015, la Entidad aprobó el Plan Indicativo 2012-2015, este se encuentra publicado en la página web al igual que la misión, visión y objetivos institucionales, a la fecha el Hospital tiene debidamente documentado y soportado con aprobación de Junta Directiva su POA y actualmente se continua con la revisión y ajuste a todos y cada uno de los procesos de la entidad con miras a la obtención de la Certificación en Habilitación por parte de nuestro ente certificador. Existe un área de sistema de información y atención al usuario encargada de medir la satisfacción de los usuarios mediante aplicación de encuestas y entrevistas y posterior análisis de resultados para la generación de planes de mejora.

1.2.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

Se tiene establecido el formato de caracterización de procesos siendo revisado y actualizado periódicamente, un mapa de procesos vigente que permite apoyo para toma de decisiones y asignación de responsabilidades a los servidores públicos del Hospital, igualmente se identificaron los indicadores por proceso relacionados en cada uno de los procedimientos establecidos.

El área de Calidad cuenta con soportes a través de actas de reunión suscritas con los líderes de área, como soportes de la revisión y ajustes realizados a los procesos e indicadores.

La Mesa (Cund.)- Calle 8 N°. 25-34 PBX. 5878570 ext. 536
Email control.interno@hospilamesa.gov.co

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 4 de 8	

1.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Se cuenta con un organigrama funcional y una estructura flexible que permite trabajar por procesos identificándose los niveles de responsabilidad y autoridad, con manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos.

1.2.4. INDICADORES DE GESTIÓN

El Hospital envía permanentemente los indicadores de la Circular Única 071 reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, de la misma manera se reportan los indicadores de obligatorio cumplimiento de monitoreo Decreto 2193 de 2004 cargados al SIHO de forma trimestral, Semestral y anual, en producción, calidad, cartera, contable, capacidad instalada etc.

Es importante también resaltar que otros indicadores claves de Gestión es el Plan Operativo Anual de Inversión 2015 (POA) con seguimiento trimestral y presentado a Junta Directiva de forma Semestral.

1.2.5. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

La Entidad adoptó las políticas institucionales publicadas en la página web, dentro de la cual se establece la satisfacción de las necesidades de los usuarios, requisitos de nuestros usuarios para lo cual se establecen objetivos y acciones encaminadas al mejoramiento continuo de nuestros procesos y el aseguramiento de la calidad de todas las actividades. Dentro de esta política se relacionan algunos de los siguientes principios:

- Asegurar la satisfacción de nuestros usuarios ofreciendo servicios que cumplan con los requerimientos concertados con ellos
- Facilitar e incentivar los mecanismos de participación comunitaria como oportunidad para el mejoramiento continuo entre otros.
- Liderar proyectos que permitan desarrollo institucional.



1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO

A través de reuniones de direccionamiento, implementación y seguimiento a políticas de calidad y seguridad del paciente se miden los resultados y porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas con resultados medibles e indicadores y medición de riesgo.

Se tiene previsto para la siguiente vigencia, el tablero de mando integral de Gestión del Riesgo se dejan indicadores establecidos por procesos y grupo de servicios para el seguimiento respectivo.

1.3.1. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Mesa (Cund.)- Calle 8 N°. 25-34 PBX. 5878570 ext. 536
Email control.interno@hospilamesa.gov.co

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 5 de 8	

El Hospital cuenta con acto administrativo sobre la formulación de política de administración del Riesgo, liderada desde la Gerencia con empoderamiento de la oficina de Calidad y verificación posterior por Control Interno, Se socializa a través de carteleras y reuniones por dependencia.

1.3.2. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

El Hospital cuenta con el tablero de mando integral de Gestión del Riesgo con la formulación e identificación de riesgos por procesos y por grupo de servicios administrativa-financiera-asistencial con un elevado porcentaje de avance

1.3.3. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

La institución inicia desde la Identificación, Análisis y valoración del Riesgo, por procesos para así desde el tablero de mando integral de gestión del riesgo, se establece la probabilidad y el impacto al igual se deja establecida la evaluación del riesgo tendientes desde los controles existentes y la evaluación de la interacción de la probabilidad y el impacto proporcionando una valoración ajustada a cada riesgo, se dejan responsables por la ejecución de los controles o acciones a realizar y posterior el responsable del seguimiento.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN

Para la vigencia 2015 se realizó la 2° autoevaluación de habilitación Resolución 2003 de 2014, en acreditación la Resolución 2082 de 2014 define los roles de las Entidades Acreditadores y se realizó la 4° Autoevaluación.

La E.S.E. cuenta con informes de gestión presentados en la vigencia 2015 mediante Audiencia Pública, y enviada la información a la SuperSalud

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA



2.2.1 AUDITORÍA INTERNA

Se realiza en conjunto con el área de Calidad, el cronograma de auditorías del último trimestre de la vigencia 2015, el cual se llevó a cabo en un 20% siendo importante resaltar que la institución no realizaba estas auditorías y dejaba plasmado en un informe.

Informes de seguimiento a las rondas de seguridad institucional y compromisos adquiridos dentro de los diferentes comités. Se evidencian los soportes “actas de reunión de las auditorías realizadas y los respectivos informes”.

La Mesa (Cund.)- Calle 8 N°. 25-34 PBX. 5878570 ext. 536

Email control.interno@hospilamesa.gov.co

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 6 de 8	

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1. PLAN DE MEJORAMIENTO

Se cuenta con un plan de mejoramiento de Habilitación con los soportes de cumplimiento basado en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social al igual que soportes de cumplimiento a los planes de mejoramiento realizados en algunas áreas administrativas y asistenciales.

La Entidad para la vigencia 2015, elaboro y presento los planes de mejoramiento a los entes de control de la vigencia 2013, (Contraloría Departamental) el cual dentro de la auditoria a la vigencia 2014 fue cerrado y aprobado por el ente de control. Así mismo la cuenta rendida por la Entidad, correspondiente a la vigencia 2014 se **fenece**.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA

Contamos con el área de Atención al Usuario en la que se tiene establecidos procedimientos, se tiene disponible un formato de PQRS y se cuenta con buzones de quejas y reclamos, tal y como lo establece la ley 1755 de 2015, ley 1474 de 2011 y Decreto 1649 de 2014

La página web cuenta con la publicación de la información institucional, invitaciones, licitaciones, contratos, informes, citas médicas, asociación de usuarios, políticas de calidad, plataforma estratégica, planeación institucional y actualizaciones entre otras.

Se cuenta con actas de reunión de asambleas generales de asociación de usuarios, participación comunitaria y libro de afiliación de asociación de usuarios.



Para dar cumplimiento al artículo 74 de la ley 1474 de 2011, se subió a la página Web del Hospital, el plan anual de adquisiciones 2015, plan de acción 2015, seguimiento al plan de acción 2014 e informe de gestión del Gerente vigencia 2014, decreto por el cual se liquida el presupuesto vigencia 2014.

De igual manera dando cumplimiento al artículo 73 de la mencionada ley, el Hospital cuenta con plan anticorrupción y de atención al Ciudadano.

3.2 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA

El Hospital cuenta con tablas de retención documental y se evidencian los soportes de la gestión realizada.

Se cuenta con una red interna de información institucional para consulta y disposición de los Servidores Públicos y áreas que lo requieran.

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 7 de 8	

Se cuenta con un software interno de información y consulta de la Historia clínica en físico de los pacientes, a través de una plataforma que permite consultar la trazabilidad de la documentación antigua, brindando con oportunidad información requerida a los profesionales de salud.

Se cuenta con carteleras de información, perifoneo, correos electrónicos institucionales, circulares, charlas, capacitaciones.

Un día a la semana se tiene establecida reunión con el Gerente como mecanismo de participación de los funcionarios de la alta dirección, para seguimiento y compromisos, actualización normativa, capacitaciones, información sobre novedades, lineamientos y demás aspectos inherentes al cumplimiento de la gestión institucional.

Se realizan comités institucionales debidamente legalizados con soportes, actas, compromisos y resultados.

4. MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El sistema integrado de gestión es la armonización de los procesos del Hospital, los cuales de manera interrelacionada garantiza a través de su planeación, ejecución y control el cumplimiento de los requisitos externos, internos y legales que le aplican, logrando permanentemente el mejoramiento del desempeño institucional evidenciado en el cumplimiento del plan de gestión del gerente el POA institucional y del plan indicativo.

Se puede mostrar como experiencia exitosa, las remodelaciones en la sede del HPLAD, adecuaciones en la infraestructura física, construcciones que se hicieron y que se están realizando para continuar en vigencia 2016. Igualmente la adquisición de equipos y dotación para la sede central y puestos y centros de salud.

Se realizan Audiencias Públicas en el Concejo municipal, en algunos municipios adscritos Cabildos abiertos divulgando el desempeño institucional y rendición de cuentas.

DEBILIDADES



MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Debido a los cambios normativos los procesos y procedimientos se deben actualizar periódicamente y socializarlos, de igual manera deben ir articulados con el manual de funciones y las tablas de retención documental.

Se debe ajustar en vigencia 2016: el plan institucional de formación y capacitación anual , el programa de inducción y o reinducción establecido en el cual se especifique los temas y el procedimiento de inducción para empleados nuevos y servidores públicos y reinducción en el caso de apertura de nuevos servicios , cambios institucionales, y /o normativos .El programa de Bienestar social de conformidad con los artículos 70 y 75 del decreto 1227 de

La Mesa (Cund.)- Calle 8 N°. 25-34 PBX. 5878570 ext. 536

Email control.interno@hospilamesa.gov.co

	E.SE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ DE LA MESA CUNDINAMARCA		CODIGO	
	TIPO DE DOCUMENTO:	COMUNICACIONES OFICIALES	GECI10-30	
	NOMBRE:	INFORME	VERSION:01	
	MACROPROCESO:INFORME ANUAL			
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		PAGINA 8 de 8	

2005, plan de incentivos adoptado por medio de acto administrativo con cronograma de actividades, el sistema de evaluación de desempeño , con portafolio de evidencias y ceñido al marco normativo. Al igual tener en cuenta lo establecido en el decreto 2484 de 2014, por el cual se reglamenta el decreto ley 785 de 2005.

MODULO DE ELAVUACION Y SEGUIMIENTO

Se debe fortalecer los mecanismos de verificación para identificar puntos de control en los procesos y procedimientos que se están actualizando.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Se hace necesaria actualización periódica de la página web del Hospital

Implementar la política de Gobierno en Línea y Coordinar con el municipio, el departamento y el ministerio TIC las acciones tendientes a la implementación de Gobierno en Línea en el Hospital.

Realizado Por

Fanny Stella Ramírez Bustos

Profesional Control Interno

31 de enero 2016