



INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Magda Yurany Trilleras Yara	Período Evaluado: 12 Noviembre/15 – 11 Noviembre/16
		Fecha de Elaboración: 24 de Noviembre de 2016

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un "Código de ética institucional" adoptado mediante Resolución No. 102 del 29 de julio de 2014, construido de forma participativa y coherente con la plataforma estratégica; no obstante, se encuentra en proceso de actualización debido a cambios en el contexto. Los principios y valores institucionales han sido promovidos y difundidos a través de estrategias pero aún se evidencia la falta de interiorización en todo el personal y monitorización del cumplimiento de los mismos, por lo cual no se ha reconocido y establecido de manera formal la cultura organizacional del Hospital, para emprender acciones orientadas al logro de la cultura deseada.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., cuenta con un manual de funciones, competencias y requisitos, debidamente adoptado y socializado en el proceso de vinculación de personal nuevo a través del programa de inducción.

El Plan Institucional de Capacitación vigencia 2016, fue aprobado en reunión de Comisión de Personal realizada el 24/05/2016; según el cronograma de capacitaciones a 11 de noviembre de 2016, dicho Plan se ha cumplido en 77% (33 al 100%, 3 al 50% y 10 por iniciar).

De acuerdo a lineamientos internos, la evaluación del Plan Institucional de Capacitación (PIC) se debe realizar bajo dos enfoques: Gestión del PIC en cuanto al cumplimiento de los objetivos y ejecución del plan en relación a plazos y recursos e Impacto del PIC en cuanto a solución de los problemas; no obstante, no se evidenciaron posteriores reuniones a la aprobación del PIC por parte de la Comisión donde se hubiese efectuado revisión y análisis del resultado de los indicadores y se estableciera el cumplimiento del mismo, sin embargo, se observan evaluaciones de capacitaciones internas y externas al personal de enfermería. En relación a la evaluación del PIC que debe efectuarse finalizar la vigencia para medir su efectividad, no se observó aplicación respecto al PIC 2015.

Se cuenta con un Programa de Inducción y reinducción, actualizado en mayo de 2015 y a partir de su aprobación se inició su implementación, en lo corrido de la vigencia 2016 se ha aplicado inducción al personal nuevo pero no a todos se evaluó el aprendizaje, en cuanto a la reinducción se tiene programada dos jornadas para el 30 de noviembre de 2016. De acuerdo a lo verificado, no se evidencia total aplicación de los lineamientos establecido en el "PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN" PRG-TH-001 Versión 3, por ejemplo: aplicación de la evaluación al finalizar la inducción, inducción específica y su evaluación, entrega de material de estudio para repetir la evaluación por bajo grado de interiorización (inferior al 80%), informe consolidado sobre los procesos de inducción realizados.

"Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad"



En cuanto al Programa de Bienestar vigencia 2016, fue aprobado el 28/04/2016 en reunión de Asamblea de Bienestar Social donde se estableció un cronograma que contempla 8 actividades grupales y 2 individuales con un presupuesto proyectado de \$11.485.549 y \$48.100.000, respectivamente. A 11 de noviembre de 2016 se ha cumplido en un 81% (De 10 actividades programadas: 6 ejecutadas, 3 en desarrollo y 1 por iniciar).

El clima laboral se mide a través de encuesta aplicada a los funcionarios y contratistas, en noviembre de 2016 se inició una nueva medición, por tanto, está en proceso de análisis de resultados para emprender acciones encaminadas subsanar las debilidades que se detecten. En cuanto al Plan de Incentivos vigencia 2016, no se evidencia formulación y adopción del mismo, de tal manera promuevan la eficiencia y productividad de todos los servidores.

No se evidencian programas para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.

El Hospital tiene definido el mecanismo de evaluación de desempeño y cumplimiento de responsabilidades según vinculación con el Hospital, los lineamientos se encuentran documentados en el “MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO” Código MAN-TH-001 numeral “1.3.4 GESTIÓN DEL RENDIMIENTO” aprobado el 20/08/2015; se evidenció aplicación de evaluación de desempeño a Empleos de Carrera Administrativa, evaluación del plan de gestión a Gerente y verificación de cumplimiento de las obligaciones contractuales a los Contratista, sin embargo, no se evidenció evaluación a Provisionales sobre el cumplimiento de funciones y a Trabajadores Oficiales sobre el cumplimiento de compromisos contractuales, sin generar derechos de carrera administrativa.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

Mediante Acuerdo No. 003 del 18 de Marzo de 2015, se adoptó la Plataforma Estratégica de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL, compuesta por: Misión; Visión; Objetivos Estratégicos; Principios y Valores; Filosofía Institucional, la cual ha sido divulgada a través de distintos medios (página web, intranet, cartelera, redes sociales, jornadas de inducción y reinducción). Se cuenta con un Plan Estratégico publicado en la Página web, el cual vence al cierre de la actual vigencia; los Planes Operativos Anuales a partir del mes de mayo de 2016 se están evaluando de forma mensual.

En cuanto a la formulación de Planes se contemplan los objetivos institucionales, requisitos legales y necesidades de los usuarios, pero se presentan debilidades en cuanto a los requerimientos presupuestales, no obstante, en ellos se establecen cronogramas, metas, responsables, acciones de seguimiento e indicadores para evaluar su avance. En cuanto a los programas y proyectos se fundamentan en las necesidades de los usuarios y se establece un presupuesto.

El Hospital tiene definidos los comités internos de trabajo a través de reglamentación interna, donde se establece su conformación, funciones, periodicidad de reuniones, entre otros aspectos; sin embargo, no se cuenta con un cronograma general de reuniones que permita el eficiente desarrollo de los mismos, de tal manera se optimice el tiempo y se pueda realizar seguimiento a su funcionamiento.

Se tienen establecidos lineamientos para realizar seguimiento y evaluación a los Planes institucionales, sin embargo, se evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento permanente por parte de los mismos responsables de ejecutarlos o áreas involucradas, de tal manera, conlleve a efectuar ajustes justificados en la planeación; actualmente la fuente que ha generado ajustes, son las evaluaciones periódicas a los Planes

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



realizadas por las oficinas que tienen dicha función. En cuanto a los programas, cada uno cuenta con un responsable quien lidera su desarrollo y una instancia donde se analizan los temas relacionados, esto permite la toma de decisiones al respecto.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

El Hospital tiene definido sus procesos de tipo estratégico, misional, de apoyo y evaluación, cuya interacción es representada gráficamente a través del mapa de procesos, el cual ha sido socializado a través de las inducciones, página web, intranet y cartelera; frente a cambios en los procesos y en el funcionamiento del Hospital, el mapa de procesos ha sido actualizado, la última actualización se realizó en la vigencia 2015, sin embargo, no todos los procesos se encuentran caracterizados, a la fecha se ha aprobado la caracterización de 8 procesos de los 13 definidos por el Hospital, además, aún se requiere fortalecer la definición de indicadores para medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los mismos, como también la documentación y aprobación de los procedimientos conforme a las actividades que se desarrollan en el proceso.

No obstante, se cuenta con la herramienta kawak para el manejo de la calidad, los documentos del Hospital se encuentran publicados en la red para su consulta y utilización, hasta tanto se culmine la migración a dicho aplicativo, en ellos se encuentran las versiones vigentes de las caracterizaciones, procedimientos, manuales, instructivos, protocolos, guías, entre otros. Se requiere continuar el proceso de creación y actualización de documentos de los procesos y agilizar la migración, al igual que los demás temas que contempla la herramienta con el fin de hacer uso óptimo de la misma.

Como mecanismo para evaluar permanentemente la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios ofrecidos por el Hospital, se cuenta con encuesta de satisfacción que fue ajustada el 28 de julio de 2016 FOR-AB-001 para consulta externa y FOR-HT-013 para hospitalización, las cuales se aplican a los pacientes de estos servicios; además, como actividad del procedimiento “SEGUIMIENTO A EGRESOS” PRC-AU-002 se realiza seguimiento a través de llamadas a los ocho días del egreso del paciente.

1.2.3 Estructura Organizacional

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional, se reitera que ésta debe ser ajustada de tal manera contribuya a la gestión por procesos y permita establecer de forma clara los niveles de responsabilidad y autoridad que facilite la operatividad, toma de decisiones y liderazgo en los procesos.

A través de la inducción se ha comunicado al personal del Hospital, la relación entre la estructura y los procesos; no obstante, se requiere reforzar el tema.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Se tienen definidos indicadores para medir la gestión institucional como los establecidos en el Plan Estratégico para medir el cumplimiento de los objetivos y los dispuestos en el Decreto 2193 de 2004 e informe de gestión anual, éstos se encuentran en el aplicativo kawak, se miden y se efectúa análisis de los resultados; no obstante, aún falta definir indicadores de tercer orden que permita medir la gestión de los procesos. Las fichas de los indicadores no son de fácil acceso, por cuanto se encuentran en la herramienta kawak y no todos tienen acceso y aún falta conocimiento en el manejo de ésta.

De acuerdo a lo anterior, se puede indicar que dentro del proceso de definición de indicadores, se ha realizado evaluación de los indicadores teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad, entre otros aspectos, cuyo propósito ha sido dejar aquellos que sean aplicables y útiles. Se

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



requiere fortalecer la documentación de acciones de mejora que se emprenden como consecuencia del análisis de los resultados de los indicadores.

1.2.5 Políticas de Operación

Mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, se adoptaron las políticas institucionales; sin embargo, el “MANUAL DE POLITICAS DE OPERACIÓN” Código: MANPO-G-01, no ha sido actualizado por cuanto no contempla las nuevas políticas institucionales y no se han ajustado las políticas operacionales de los procesos de acuerdo a los cambios efectuados en los mismos, de tal manera facilite su ejecución.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un Manual de Administración de Riesgos, donde se definen lineamientos e instrumentos para su identificación, manejo y control, no obstante, requiere ser revisado debido a nuevas disposiciones en la materia y debe ser socializado a todo el personal del Hospital para que participe en desarrollo de dicho proceso y garantice su aplicación. Dentro de las políticas institucionales adoptadas mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, se encuentra la política de gestión del riesgo y seguridad del paciente, cuyo cumplimiento debe ser verificado con más frecuencia.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Se tiene definido un mapa de riesgos institucional clasificado por procesos, sin embargo, no se cuenta con los soportes que evidencien el ejercicio de análisis de condiciones internas y externas, como tampoco la aplicación de la herramienta de análisis de causas, por tanto, la metodología no se ha aplicado en su totalidad y el mapa no se ha construido de forma participativa y no es de conocimiento de todo el personal por cuanto no es de fácil acceso, se requiere implementar el tema en el aplicativo que se adquirió para tal fin.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Los riesgos fueron analizados según su probabilidad e impacto; no obstante, durante el 2016 solo se ha realizado seguimiento general a la efectividad de los controles en una ocasión, en enero de 2016 con corte a diciembre de 2015, se encuentra en proceso una nueva valoración. En cuanto a los riesgos sobre la seguridad de los pacientes, son analizados en el respectivo Comité.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Aún se presenta debilidad en la aplicación de la autoevaluación de control por parte de los procesos; en lo corrido del 2016 se ha efectuado Evaluación del Sistema de Control Interno (SCI) en dos ocasiones, en febrero de 2016 y la presente, pues en esta actividad se verifica el cumplimiento de cada elemento permitiendo que los líderes de procesos se involucren, por tanto, falta mayor cultura de los procesos con sus grupos de trabajo, en efectuar un autoanálisis en relación al cumplimiento de las disposiciones no solo del Modelos Estándar de Control Interno –MECI, sino también de los otros Sistemas de Gestión que maneja el Hospital (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad-SOGC, Seguridad y Salud en el Trabajo, etc.).

En cuanto a la autoevaluación de la gestión, se aplica mediante el análisis de los resultados de los indicadores reportados en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 y del Informe de Gestión Anual; no obstante, es necesario fortalecer el análisis por parte de los líderes y grupos de trabajo de los procesos, en

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



relación al resultado de los demás indicadores que permiten establecer el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos y de los distintos temas de los procesos según su competencia, de tal manera contribuya a la toma de decisiones y emprendimiento de acciones de mejora.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al Sistema de Control Interno (SCI) para determinar su efectividad, mediante la evaluación del SCI, auditorías internas de gestión e informes de seguimiento; no obstante, en lo corrido de la vigencia 2016 no se ha efectuado en la periodicidad definida, debido a la ausencia de personal responsable. Los Informes Pormenorizados del Estado del Control Interno, no se han elaborado y publicado en la página web del Hospital, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011, solo se ha rendido el Informe Ejecutivo Anual vigencia 2015 en febrero de 2016 y el presente Informe Pormenorizado con corte a 11 de noviembre de 2016, para los dos casos se ha efectuado evaluación del SCI.

Se cuenta con un procedimiento documentado para la realización de auditorías internas, adscrito al proceso de Gestión de Calidad, actualizado en el mes de enero de 2015, así mismo, se cuenta con un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad correspondiente a la vigencia 2016, aprobado el 06 de octubre de 2016; a la fecha se han desarrollado 5 de 10 auditorías programadas en todo el año, se evidencia la formulación de Planes de Mejoramiento respecto al resultado de algunas auditorias efectuadas en el 2016.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una metodología para la formulación del Plan de Mejoramiento, documentada en el procedimiento de mejora continua, adscrito al proceso de Gestión de la Calidad, aprobado en el mes de mayo de 2015, donde además contempla los criterios y lineamientos para el seguimiento y evaluación; en lo corrido de la vigencia 2016 se ha efectuado seguimiento al Plan de Mejoramiento frente a estándares de Acreditación y a las No Conformidades producto de auditorías internas y externas, aún falta fortalecer la formulación de acciones de mejora frente a otras fuentes como: análisis de indicadores, Sistema PQRSF, Informes de Seguimiento, autoevaluación, entre otras.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

Se cuenta con mecanismos para recibir peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, recomendaciones, necesidades por parte de la ciudadanía, como: buzón tu voz, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono, Página Web del Hospital, Redes Sociales, encuestas y reuniones con la Asociación de Usuarios. Éstas han sido utilizadas para implementar mejoras y contribuir en el desarrollo de los procesos, no obstante, se requiere fortalecer los mecanismos, de tal manera se garantice mayor cobertura de las partes de interés y documentación de las acciones de mejora emprendidas producto del análisis de las mismas.

En la página web se publica la información relacionada con el Plan estratégico 2012-2016, Plan de Acción 2016, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2016, Plan de Adquisiciones 2016, Estados Financieros y formularios institucionales actualizados para adelantar trámite de solicitud de historia clínica y certificado laboral o de prestación de servicios; sin embargo, falta información relacionada otros planes institucionales, recursos financieros, presupuesto, programas y proyectos.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



El Hospital cuenta con lineamientos de planeación requeridos para realizar rendición de cuentas, los cuales se tuvieron en cuenta en la audiencia pública respecto a la vigencia 2015 efectuada el 14 de marzo de 2016, la cual fue evaluada pero al verificar las publicaciones en la página web, no se observó la divulgación de los resultados en dicha herramienta. Además de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas, el Hospital realiza reuniones con la Asociación de usuarios y Junta Directiva; no obstante, es necesario incursionar en otros tipos de actividades y encuentros con la ciudadanía y grupos de interés para evaluar resultados de la gestión pública

Información y Comunicación Interna

El Hospital cuenta con la ventanilla única donde se recepciona y despacha la correspondencia; no obstante, a partir del mes de septiembre de 2015 se inició la aplicación del COVIS como herramienta para radicar la correspondencia interna y externa, sin embargo, se observa subutilización por cuanto no todos los funcionarios están haciendo uso de ella. El proceso de Gestión Documental se encarga de la administración de la información que se procesa al interior del Hospital, sin embargo, presenta deficiencias, por cuanto no se ha iniciado la implementación de las Tablas de Retención Documental recientemente aprobadas por el Comité de Archivo del Hospital, ya que se encuentra pendiente del visto bueno del Archivo Departamental.

La información proveniente de las fuentes internas (manuales, informes, actas, actos administrativos) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos, las versiones vigentes de los documentos se encuentran identificados y controlados por el proceso de Gestión de Calidad y están disponibles en red para su consulta y uso, no obstante, aún falta la actualización de alguno de ellos y la migración de todos estos al aplicativo kawak para facilitar el acceso y brindar un mejor control; en cuanto a las actas, cada comité u oficina que convoca es responsable de su conservación, no obstante, es necesario definir un mecanismo para que se encuentren disponibles; en cuanto a los actos administrativos son controlados por Gerencia quien lleva registro del consecutivo y tema, además conserva el original.

La política institucional de comunicación se encuentra definida en el manual de políticas de operación Código: MANPO-G-01 versión 01 que debe ser actualizado, pero no se evidencia un Plan y elementos como la matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones y proceso de comunicación organizacional que permita un adecuado manejo de ésta dentro del Hospital.

Sistemas de Información y Comunicaciones

El Hospital cuenta con el sistema información SIHOS que integra las áreas asistenciales y algunos temas administrativos del Hospital (contable, presupuesto, recursos físicos en cuanto a inventarios, recursos humanos en cuanto a nómina), pero no incluye lo relacionado con el manejo de correspondencia, ésta se maneja de forma manual, ya que el aplicativo COVIS adquirido para tal fin no se encuentra en uso. Los dos sistemas, antes mencionados presentan debilidades tanto de parametrización como de manejo por parte de los usuarios, es necesario efectuar los ajustes que se requieran para no incurrir en la subutilización del mismo y posible detrimento.

En cuanto a medios de acceso a la información de la entidad, el Hospital cuenta con: página web, redes sociales, teléfono, buzón Tu Voz y Nuestra Voz, carteleras y de forma personal dirigiéndose a las instalaciones de la institución, así mismo, cuenta con la Oficina de Atención al Usuario (SIAU), encargada de brindar información sobre los servicios que ofrece el Hospital, educar al paciente y su familia, promover los derechos y deberes de los usuarios, recepcionar y gestionar las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio, entre otras funciones.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



La funcionalidad de los canales de comunicación se verifica y se mide anualmente a través del indicador (Cantidad de herramientas efectivas / Cantidad de herramientas habilitadas) x 100, que además permite establecer el cumplimiento de la estrategia "Administrar la información para su adecuada utilización, análisis y toma de decisiones", se requiere la revisión de dicho indicador y la periodicidad de la medición.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a la evaluación realizada al Sistema de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. con corte a 11 de noviembre de 2016, se evidenció la conformación del Comité de Coordinación de Control Interno el cual fue reorganizado a través de la Resolución 197 de 2014, pero durante la vigencia 2016 solo se ha efectuado una reunión en el mes de octubre, también se pudo establecer que dicho Sistema se cumple aceptablemente, disminuyendo la calificación en los dos módulos (Control de Planeación y Gestión; Control de Evaluación y Seguimiento) y el eje transversal de Información y Comunicación, respecto al informe anterior (con corte 31/12/2015).

En el periodo evaluado se evidenciaron aspectos positivos como: actividades que promueven y difunden los principios y valores institucionales; disposición del manual de funciones, competencias y requisitos; formulación y desarrollo del Plan Institucional de Capacitación basada en las necesidades reportadas por los funcionarios; aplicación de jornadas de inducción; formulación y desarrollo del Programa de Bienestar; continuidad en la divulgación de la plataforma estratégica; divulgación del mapa de procesos y gestión con enfoque a ellos; control de las versiones de los documentos y fácil acceso de los mismos; continuidad en la aplicación de mecanismos de evaluación de la satisfacción de los usuarios; migración de los indicadores de 1er y 2o orden en aplicativo kawak; evaluación del Sistema de Control Interno a 31/12/2015 y rendición del Informe Ejecutivo Anual; Programa Anual de Auditoría aprobado en octubre de 2016; seguimiento a Planes de Mejoramiento.

Sin embargo, aún se presentan debilidades como: falta la medición de la aplicación de los valores éticos; no se ha reconocido la cultura organizacional del Hospital, por tanto, no se ha definido y desarrollado acciones para la consolidación de la cultura deseada; falta fortalecer el cumplimiento de la metodología y lineamientos impartidos en el documento "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION" Código PLA-TH-001; no todas las inducciones fueron evaluadas; no se cuenta con un Plan de incentivos debidamente adoptado; no se desarrollan programas para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio; falta de aplicación de mecanismos de evaluación de desempeño en cuanto al cumplimiento de funciones del personal provisional y trabajadores oficiales, conforme a lo estipulado en el "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" MAN-TH-001; en la formulación de los planes y programa no siempre se contemplan las necesidades de presupuesto; no se tiene definido cronogramas de los diferentes comités internos de trabajo y algunos no están operando; no se ha culminado la actualización de las caracterizaciones de los procesos y su respectivos documentos; falta fortalecer los mecanismos para evaluar otras partes de interés; falta mayor seguimiento y medición a indicadores de tercer orden relacionados con la gestión de los procesos; no se ha actualizado el "MANUAL DE POLITICAS DE OPERACIÓN" MANPO-G-01; falta socialización y aplicación de la metodología para la administración de riesgos; falta fortalecer la autoevaluación de control y gestión; no se generaron los informes pormenorizados correspondiente al 1er y 2º cuatrimestre del 2016; no se ha formulado planes de mejora por fuentes distintas a auditorias y autoevaluación de estándares; falta fortalecer la comunicación interna y externa, y el uso de los sistemas de información.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

La Oficina de Control Interno recomienda emprender acciones de mejora frente a las debilidades detectadas y continuar aplicando las buenas prácticas que han permitido obtener cumplimiento en las disposiciones del Sistema de Control Interno. Así mismo, es necesario involucrar a todo el personal del Hospital en el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema Integrado de Calidad, por cuanto es indispensable crear una cultura de autocontrol y mejoramiento continuo.

MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E. Lérica Tolima

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”