

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO
OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO
DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017

ESTATUTO ANTICORRUPCION
LEY 1474 DE 2011, Articulo 9°

JUAN DAVID BERRIO VARGAS
Oficina de Control Interno

1. PRESENTACION

Enmarcados en las funciones establecidas en la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno, realizó el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en el Hospital San Juan de Dios, el cual tienen como objetivo:

Identificar los avances y las dificultades de la implementación de los diferentes componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-, según lo determina el Decreto Único 1083 de 2014.

Conceptuar acerca del estado general del Sistema de Control Interno del Hospital, según la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Fomentar el mejoramiento continuo de la institución, a través de la evaluación continua y permanente de sus procesos.

2. DESARROLLO

La realización del informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en la Institución, se basó en los lineamientos definidos para ello por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-. En el cual, se evalúan los ejes temáticos de: Control de planeación y gestión; Control de evaluación y seguimiento e Información y comunicación, elementos que enmarcan el quehacer institucional.

A continuación se presentan los avances que ha tenido la institución con respecto al desarrollo e implementación de los componentes del modelo Estándar de Control Interno (MECI). Avances que corresponde al periodo comprendido entre los meses de octubre - diciembre de 2017.

2.1 MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION.

Con respecto a los tres componentes que constituyen el módulo de control de planeación y gestión del Sistema de Control Interno, el Hospital San Juan de Dios ha venido avanzando en la consolidación del componente de administración del riesgo. En el informe pormenorizado anterior se enfatizó en la implementación de una cultura de control por procesos, en la cual se tenía como elemento de control el nuevo diseño de la ficha de caracterización.

Para este periodo se avanzó en la tipificación de las fichas para los siguientes procesos:

a. Planeación

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO	
Planeación		Estratégico		PE01	
OBJETIVO DEL PROCESO					
Determinar los parámetros y lineamientos necesarios para orientar la entidad hacia el cumplimiento de sus objetivos y propósitos.					
LIMITE DEL PROCESO	INICIAL			FINAL	
	Caracterización del entorno y contexto de operación administrativa del Hospital			Definición y seguimiento del plan estratégico institucional	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS	CLIENTE
Actores del sistema; ministerio de salud; etc.	Contexto y estudios sectoriales; Formato FPE0102008	Análisis estratégico externo		Matriz de oportunidades y amenazas del sector	Grupo de trabajo de planeación estratégica
Subdirección administrativa; Subdirección científica, área de calidad.	Estados financieros; informes operacionales de las áreas; índice de satisfacción de clientes (usuarios y EAPB); Formato FPE0102008	Análisis estratégico interno		Matriz de fortalezas y debilidades de la institución	Grupo de trabajo de planeación estratégica
Grupo de trabajo de planeación estratégica	Matriz de oportunidades y amenazas del sector; Matriz de fortalezas y debilidades de la institución; Formato FPE0102001; Formato FPE0102002.	Revisión de plataforma estratégica- Misión-Visión- Objetivos institucionales		Plataforma estratégica revisada	Grupo de trabajo de planeación estratégica
Grupo de trabajo de planeación estratégica	Matriz de oportunidades y amenazas del sector; Matriz de fortalezas y debilidades de la institución; Formato FPE0102003	Análisis de matriz de estrategia DOFA		Matriz de estrategias FO-DO-FA-DA	Grupo de trabajo de planeación estratégica
Grupo de trabajo de planeación estratégica	Plataforma estratégica (Misión, Visión, objetivos institucionales);	Estrategias institucionales		Cuadro de mando estratégico (Perspectivas,	Grupo de trabajo de planeación estratégica
	Matriz de estrategias FO-DO-FA-DA; Formato FPE0102004			indicadores, metas, Causalidad)	
Grupo de trabajo de planeación estratégica	Cuadro de mando estratégico	Definición de programas		Plan operativo (Programas, proyectos, actividades y recursos)	Junta Directiva; Subdirecciones científica y administrativa; empleados del Hospital en general.
	Plan operativo (Programas, proyectos, actividades y recursos)	Seguimiento al planes operativo y cuadro de mando estratégico		Matriz de seguimiento	Junta Directiva; Subdirecciones científica y administrativa; empleados del Hospital en general.
ATRIBUTOS DEL PROCESO					
Sustentación, Trazabilidad, Cuantificación y Fiabilidad.					
CONTROLES					
INDICADORES	CALIDAD				
	% de cumplimiento de actividades del plan operativo anual				
	% de cumplimiento de metas				
	% de cumplimiento de estrategias				
	% de cumplimiento de objetivos institucionales				
PRODUCCIÓN					
EFICIENCIA					
OBSERVACIONES					
RESPONSABLE					

b. Mercadeo

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO	
Mercadeo y Comunicaciones		Estratégico		PE02	
OBJETIVO DEL PROCESO					
Posicionar los servicios que oferta el hospital en el cliente interno y externo utilizando mecanismos de comunicación efectivos y eficaces					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL			FINAL	
	Caracterización del público objetivo			Definición y seguimiento del Plan de mercadeo	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS	CLIENTE
Subdirección administrativa; Subdirección científica; Entorno	Estadísticas de demanda de servicios; Estadísticas de productividad de servicios; Contexto y estudios sectoriales	Diagnóstico del mercado		Matriz de oportunidades y amenazas del mercado ; Matriz de fortalezas y debilidades en la capacitación y fidelización de clientes	Oficina de mercadeo
Oficina de mercadeo	Matriz de oportunidades y amenazas del mercado ; Matriz de fortalezas y debilidades en la capacitación y fidelización de clientes	Objetivos estratégicos del plan de mercadeo		Plataforma Estratégica y de posicionamiento	Oficina de mercadeo
Oficina de mercadeo	Plataforma Estratégica y de posicionamiento	Identificación de mercados; segmentación y definición de estrategias		Cuadro de mando estratégico	Oficina de mercadeo
Oficina de mercadeo	Cuadro de mando estratégico	Definición de programas		Plan de comunicación (Publicidad, promoción y relaciones públicas); Plan de ventas y comercialización	Gerencia; subdirección administrativa; subdirección científica
Jurídica; subdirección científica, subdirección administrativa	Contratos; estadísticas de demanda de servicios, costos de operación	Seguimiento a contratos y propuesta de renovación		Propuesta de renovación de contratos	Gerencia; subdirección administrativa; subdirección científica; clientes
		Seguimiento al plan de comunicación, plan de venta y cuadro de mando estratégico		Matriz de seguimiento	Gerencia; subdirección
ATRIBUTOS DEL PROCESO					
CONTROLES					
INDICADORES	CALIDAD				
	% de cumplimiento de actividades del plan de comunicación % de cumplimiento del plan de ventas y comercialización % de cumplimiento de metas % de cumplimiento de estrategias % de cumplimiento de objetivos estratégicos				
	PRODUCCION				
EFICIENCIA					
OBSERVACIONES					
RESPONSABLE					
Asesor(a) de calidad					

c. Ambulatorio

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO
Ambulatorio		Misional		PM02
OBJETIVO DEL PROCESO				
Gestionar las actividades relacionadas con la programación y asignación de citas médicas especializadas, utilizando las herramientas y medios definidos para dar la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios				
LIMITE DEL PROCESO	INICIAL		FINAL	
	Solicitud de cita médica especializada		Atención del paciente y egreso (remitido, hospitalizado, alta)	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Sub científica	Cuadro de turno	Apertura de agenda	agenda	programacion
Asegurador	Orden de servicios autorizada	Recibir y verificar documentos. Asignación de cita	Cita asignada	Usuario
	agenda	Confirmación de citas	Cita confirmada	¿?
<u>Servicio</u>	Agenda	Asignación de consultorios a especialistas.	Historias Clínicas	Especialista
Archivo clínico	Historia clínica	Recepción de historias clínicas físicas, verificación y entrega	Historia clínica(consultorio)	Especialista
Usuario	Orden de servicios autorizada	Facturación de la cita	Factura y consultorio asignado	Usuario Revisoría de cuentas
Hospitalización o urgencias	Solicitud de interconsulta	Programación extra en la agenda del especialista	Interconsulta asignada	Hospitalización o urgencias
Asegurador	Usuario	Atención del usuario por el médico especialista	Anexo 3 Remisión a ayudas diagnósticas Remisión a otra especialidad Remisión hospitalización, cirugía o urgencias Orden de medicamentos Orden de cita de revisión	Usuario
		Realización de procedimiento menor en consultorio o sala de procedimientos menores	Muestra para estudio de patología Orden de cita de revisión	Usuario Servicio de Patología Otro prestador
ATRIBUTOS DEL PROCESO				
Oportunidad – Seguridad – Pertinencia – Accesibilidad – Eficiencia - Continuidad				
CONTROLES				
Verificación de anexo 3 por auxiliar administrativa			Verificación de documentación por facturadora	
INDICADO RES.	CALIDAD			
	<ul style="list-style-type: none"> Promedio tiempo de espera en la asignación de cita medica Proporción de demanda no atendida Índice de eventos adversos 		<ul style="list-style-type: none"> Proporción de citas de revisión asignadas Proporción de usuarios satisfechos 	
INDICADO RES.	PRODUCCION			
	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de citas canceladas 		<ul style="list-style-type: none"> Proporción de inasistencia a citas Tasa de consultas realizadas por hora por especialidad 	
INDICADO RES.	EFICIENCIA			
	<ul style="list-style-type: none"> Rentabilidad del servicio 			
OBSERVACIONES				
RESPONSABLE				
Enfermero(a) Jefe Coordinador(a) Consulta externa				

d. Cirugía

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO	
Cirugía		Misional		PM04	
OBJETIVO DEL PROCESO					
Brindar atención integral, oportuna, idónea, segura y humanizada al paciente con indicación quirúrgica					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL		FINAL		
	Solicitud de programación de procedimiento quirúrgico		Recuperación y egreso del paciente a hospitalización, remisión o alta.		
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS	CLIENTE
Asegurador	Orden para programación quirúrgica	Verificación de documentos y realización de presupuesto. Asignación de cita de anestesia		Cita asignada de anestesia	Usuario
Asegurador	Usuario	Valoración por anestesia		Anexo 3 para exámenes pre-quirúrgicos (si aplica) Formato de valoración preanestésica Consentimiento informado diligenciado Nueva cita de valoración anestesia	Usuario
Asegurador Hospitalización	Usuario	Recepción de documentos para agendar procedimiento si el anesthesiólogo así lo considera.		Documentos para programar procedimiento	Programación de cirugía
Programación de cirugía	Disponibilidad de agenda de especialista Procedimientos pendientes	Llamada al usuario para dar la cita del procedimiento quirúrgico con las recomendaciones previas según la especialidad. Agenda de programación quirúrgica diaria. Solicitud de material a farmacia (si aplica)		Confirmación de fecha y hora del procedimiento Solicitud de material	Usuario Farmacia de cirugía y jefe de compras
Asegurador Urgencias	Usuario	Activación de la historia clínica e ingreso a la sala de preparación quirúrgica		Usuario Historia Clínica	Equipo interdisciplinario
Preparación quirúrgica Urgencias	Usuario	Realización de procedimiento quirúrgico		Usuario Ordenes medicas Historia clínica Muestra para patología	Recuperación de pacientes Laboratorio de Patología u otro prestador
				Usuario fallecido Certificado de defunción	Morgue
Recuperación de pacientes	Usuario	Facturación y autorización de hospitalización. Verificación de documentos para el alta médica		Usuario	Hospitalización Remisión
				Cita por consulta externa para revisión postquirúrgica	Alta médica
ATRIBUTOS DEL PROCESO					
Accesibilidad – Oportunidad – Seguridad – Continuo – Pertinencia Eficiencia – Sostenible					
CONTROLES					
Verificación de documentos por la auxiliar de programación Verificación de autorización del usuario hospitalizado por enfermeros de piso Verificación de material e insumos quirúrgicos para cada procedimiento			Verificación de disponibilidad de quirófano por enfermeros de cirugía y hospitalización Verificación de facturación y hospitalización		
INDICADORES	CALIDAD				
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de Cirugía programada realizadas Porcentaje Cirugía de urgencias realizadas Proporción de la cancelación de cirugía programada Proporción de cancelación de cirugía de urgencias Porcentaje de la utilización de quirófano Oportunidad en la realización de cirugía Reporte a Oficina de Gestión de Calidad (Central de Esterilización) Numero de ciclos esterilizados a vapor de alta temperatura 		<ul style="list-style-type: none"> Numero de ciclos esterilizados a baja temperatura Número de paquetes devueltos por insatisfacción Numero de cancelaciones de ciclos Numero de indicadores Biológicos positivos Reporte a Unidad de Gestión de Enfermería (Coordinación Enfermería salas de cx). Numero de flebitis en salas de cirugía/ número total de vsnooperaciones. Numero de caídas de pacientes /número total de pacientes operados. 		
	PRODUCCION				
	EFICIENCIA				
OBSERVACIONES					
RESPONSABLE					
Enfermero(a) Jefe Coordinador(a) Cirugía					

e. Apoyo diagnostico

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO	
Apoyo Diagnostico		Misional		PM05	
OBJETIVO DEL PROCESO					
Generar información confiable para facilitar el diagnóstico sobre el estado de salud del usuario.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL			FINAL	
	Solicitud examen de ayuda diagnóstica			Resultado de ayuda diagnóstica	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE	
Usuario y/o acompañante particular	Solicitud examen de laboratorio	<p>Recibir y verificar documentos. Realizar el recaudo del servicio. Indagar al usuario y/o acompañante, sobre la correcta preparación, recolección y/o conservación de muestras. Tomar la muestra, teniendo en cuenta los correctos para una adecuada toma de muestras.</p>	Informe de resultado de examen	Usuario y/o acompañantes	
Aseguradora	Orden de servicios autorizada	<p>Verificar el direccionamiento y la vigencia de la orden médica física. Contrastar la autorización de la orden médica por la aseguradora respectiva. Solicitar fotocopia del documento de identidad, si la entidad promotora de salud lo requiere. Requerir fotocopia del carnet de la EPS, si la entidad promotora de salud lo requiere. Realizar el recaudo del servicio por ventas a demanda, cobrando la prestación especificada en la autorización de servicios, esto es, todo lo concerniente a copagos, cuotas moderadoras, pagos de exámenes no cubiertos por el POS, etc. Indagar al usuario y/o acompañante, sobre la correcta preparación, recolección y/o conservación de muestras. Tomar la muestra, teniendo en cuenta los correctos.</p>	Informe de resultado de examen	Usuario y/o acompañantes	
Servicios de hospitalización, cirugía y urgencias	Solicitud examen de laboratorio	<p>Verificar orden médica física legible o por Historia clínica electrónica, completa y con información clínica relevante. Tomar las muestras y/o procesar los exámenes solicitados.</p>	Informe de resultado de examen	Servicios de hospitalización, cirugía y urgencias	
Unidad de cuidados intensivos e intermedios	Solicitud médica de examen de laboratorio autorizada y facturada	<p>Verificar orden médica física legible o por Historia clínica electrónica, completa y con información clínica relevante. Tomar las muestras y/o procesar los exámenes solicitados.</p>	Informe de resultado de examen	Unidad de cuidados intensivos e intermedios	
	Muestra identificada				
Otras instituciones u otros profesionales	Orden de servicios autorizada	<p>Verificar orden médica física legible y con información clínica relevante. Tomar las muestras y/o procesar los exámenes solicitados.</p>	Informe de resultado de examen	Otras instituciones u otros profesionales	
ATRIBUTOS DEL PROCESO					
Oportunidad – Seguridad – Accesibilidad – Pertinencia – Satisfacción – Efectividad - Eficiencia					
CONTROLES					
Verificación de orden médica, autorización de servicios y facturación.			Revisión de exámenes ordenados, en el momento de la entrega, que deben corresponder a los exámenes solicitados.		
INDICADORES	CALIDAD				
	<ul style="list-style-type: none"> Promedio de tiempo para la realización de toma de muestras de laboratorio clínico básico y especializado. Complicaciones toma de muestra ambulatoria 		<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad en la entrega de resultados Proporción de efectos indeseados relacionados con el uso de reactivos de diagnóstico in vitro 		
	PRODUCCION				
	EFICIENCIA				
<ul style="list-style-type: none"> Rentabilidad del servicio 					
OBSERVACIONES					
RESPONSABLE					
Subdirector(a) Científico(a)					

f. Apoyo terapéutico

PROCESO		TIPO DE PROCESO		CODIGO	
Apoyo Terapéutico		Misional		PM08	
OBJETIVO DEL PROCESO					
Ofrecer los medios y elementos terapéuticos para contribuir a mejorar y / o recuperar el estado de salud del usuario					
LIMITE DEL PROCESO	INICIAL			FINAL	
	Recepción de donante de sangre Solicitud de cita			Paciente transfundido Paciente rehabilitado	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE	
Donante	Unidad de sangre total	Diligenciamiento de encuesta, flebotomía y procesamiento de la unidad de sangre	Hemocomponente sanguíneo	Área de almacenamiento	
Urgencias Cirugía Hospitalización Servicios transfusionales	Solicitud de hemocomponente y muestra	Separación de la muestra Pruebas de compatibilidad	Hemocomponente sanguíneo	Urgencias Cirugía Hospitalización Servicios transfusionales	
Asegurador	Orden de servicios autorizada	Recibir y verificar documentos. Asignación de cita	Cita asignada	Usuario	
Asegurador	Usuario	Facturación de la cita y confirmación de la cita	Factura y número de consultorio	Usuario	
Hospitalización o urgencias	Solicitud de interconsulta Usuario	Programación en la agenda del profesional asignado en ronda	Interconsulta asignada	Hospitalización o urgencias	
Asegurador	Copia de anexo 3 Orden autorizada	Atención del usuario por el profesional	Evolución	Usuario	
ATRIBUTOS DEL PROCESO					
Seguridad – Oportunidad – Pertinencia - Eficiencia					
CONTROLES					
Puntos críticos en el proceso de flebotomía Control en el proceso de fraccionamiento Control de calidad en pruebas biológicas e inmunohematológicas Control en el proceso de certificación Control de temperaturas y alarmas en el proceso de almacenamiento			Verificación de solicitud correcta y muestra correcta Verificación en el envío de hemocomponente correcto Auditoría en el proceso de transfusión en los servicios Trazabilidad		
Revisión de la documentación por facturación y posteriormente por el profesional de la salud					
INDICADORES	CALIDAD				
	• Oportunidad en la asignación de citas				
PRODUCCION					

Con respecto al componente de direccionamiento estratégico, el Hospital inició tal y como lo establece la Circular Externa No.100-009-2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP - , la evaluación para establecer la línea base del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Esta evaluación se realizó a través del aplicativo FURAG II, previsto por el DAFP para tal fin. En el aplicativo se evaluaron 7 dimensiones: Talento humano; Direccionamiento estratégico y planeación; Gestión con valores para resultados; Evaluación de resultados; Información y comunicación; Gestión del conocimiento y la innovación y la dimensión de Control Interno.

Así mismo una vez definida la línea base por parte del DAFP, referente a la evaluación del aplicativo FURAG II, corresponderá al Hospital, como entidad descentralizada del orden municipal, la puesta en funcionamiento del nuevo modelo de Planeación y Gestión.

2.2 MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

El Hospital San Juan de Dios a través de su oficina de Gestión de la Calidad, ha venido realizando una serie de autoevaluaciones a los diferentes servicios de salud que se prestan en la institución, con el fin de conocer el cumplimiento que se tiene de los requisitos mínimos del sistema único de habilitación, así como la realización auditorias de verificación en la implementación de los planes de mejora definidos en el PAMEC 2017.

Los procesos que ha auditado en este periodo la oficina de gestión de la calidad, con respecto a la implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento son:

- Seguridad del paciente
- Urgencias
- Hospitalización
- Talento humano
- Sistemas de información

2.2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

La auditoría interna del Hospital es realizada por la Oficina de Control Interno, la cual tiene dentro de su marco de acción, la realización de auditorías programadas a los diferentes procesos institucionales, así como la realización de auditorías permanentes a los procesos críticos del Hospital, tales como: Contratación, gestión financiera y atención al usuario.

Dentro de las auditorias que se han realizado por parte de la Oficina de Control Interno para este periodo se tienen:

Auditoria al Proceso de planeación estratégica

Auditoria al cumplimiento del plan operativo anual

Auditoria al cumplimiento al Plan de Gestión de Gerencia

Auditoria al Procesos de atención al usuario

Auditoria de seguimiento al plan anticorrupción

Auditoria de evaluación al sistema de control interno contable

Auditoria de evaluación al modelo integrado de planeación y gestión -MIPG

En cada una de la auditorias antes referenciadas, se realiza un análisis del cumplimiento de las actividades en comparación con la normativa que aplica para da una de ellas. De esta forma se dejan constancias de los incumplimientos y los planes de mejoramiento a que hallan lugar, que subsanen los hallazgos evidenciados.

2.2.3 PLANES DE MEJORAMIENTO

Se ha recomendado por parte de la Oficina de Control interno, fortalecer el seguimiento al plan de gestión de gerencia, si bien algunos de los indicadores pertenecientes al área clínica o asistencial se reportan por el Hospital a las diferentes entidades de control durante todo el año, el Hospital no realiza un seguimiento general al cumplimiento del Plan. Lo que conlleva que se dificulte la detección temprana de las desviaciones que se presenten en el cumplimiento anual de las metas estipuladas, así como la implementación de las respectivas acciones de mejora.

Igualmente con respecto a la formulación del plan estratégico 2016-2020, la institución podría avanzar hacia un seguimiento más efectivo del cumplimiento de los objetivos estratégico y las metas, considerando la medición de todos los indicadores de impacto que fueron establecidos en el plan.

Con respecto a la evaluación del sistema de control interno contable, durante los últimos años el Sistema de ha tenido calificaciones superiores a 4 sobre 5, manteniéndose como ADECUADO, de acuerdo con la tabla de calificación que establece la Contaduría General de la Nación, para la vigencia 2017 se tuvo una buena calificación de 4.9 sobre 5.0. No obstante el hospital debe avanzar en la consolidación completa de su inventario de activos fijos, así como en la sistematización de estos en la integralidad del sistema contable, con le fin de mejorar en el seguimiento y control riguroso del proceso.

2.3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN

El Hospital ha venido trabajando en dos canales para la divulgación de la información, un canal está orientado en la gestión de la página web institucional www.eserionegro.gov.co donde se enlazan los diferentes documentos de interés general para la comunidad y establecidos por ley, y el otro canal se fundamenta en la gestión de las peticiones y solicitudes realizadas por la comunidad en general, las cuales se tramitan por la oficina de atención al usuario.

En la actualidad se ha diseñado un formato electrónico para que las PQRSF sean recibidas a través de la plataforma informática de la institución, posibilitando un mejor acceso a los usuarios, los cuales también pueden dar a conocer sus peticiones a través de los buzones de sugerencia o de forma verbal en la oficina de atención al usuario.

2.4 ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

La base del Sistema de Control Interno, radica en consolidar una cultura del autocontrol en cada una de las actividades de la operación del Hospital, en este aspecto, si el hospital logra avanzar en la estructuración de una metodología de cuadro de mando para el control de sus procesos, tal y como se está proponiendo a través de las nuevas fichas de caracterización, podrá impactar significativamente en dicha cultura.

Igualmente el Hospital debe continuar con los planes de mejoramiento que permitan el cierre efectivo de los hallazgos evidenciados, tanto en las auditorias de la Oficina de Control Interno, como en las auditorias de autoevaluación realizada por la Oficina de Calidad.

JUAN DAVID BERRIO VARGAS.
Oficina de Control Interno.
Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro.

