

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS	Período evaluado: 1 DE ENERO – 30 DE ABRIL 2017
		Fecha de elaboración: MAYO 2017

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, el Jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Santander presenta a continuación el informe sobre el estado del control interno en la Entidad, correspondiente al periodo de enero a abril de 2017

Módulo Control de Planeación y Gestión

Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Actualizar los indicadores para medir la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos.
- Realizar medición de los indicadores y analizar los resultados obtenidos para determinar las acciones correctivas sobre los procesos.
- Mantener actualizada la Política de Administración del Riesgo, de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción.
- Garantizar el conocimiento por parte de los servidores y colaboradores de la ESE HUS de todos los mecanismos relacionados con la Gestión del Riesgo
- Iniciar un proceso de socialización y sensibilización a nivel Directivo, del Modelo Estándar de Control Interno, para facilitar la implementación y mantenimiento del modelo, reactivando la operatividad del equipo MECI.
- En cuanto al elemento de Desarrollo del Talento Humano, hacer seguimiento a la percepción de los servidores públicos relativa al compromiso de parte de la Entidad con el mejoramiento de sus competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad.
- Establecer compromisos para la formalización laboral.
- Formular y desarrollar programas para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
- De acuerdo a los estándares de Gerencia de Talento Humano, es necesario unificar el sistema de evaluación de desempeño para todo el personal que presta sus servicios en la E.S.E HUS.
- Se evidencia que la alta rotación de personal a causa del cambio de administración pública, dificulta los avances en la implementación del Sistema Único de Acreditación y del Modelo Estándar de Control Interno.
- Las múltiples labores han hecho que la disponibilidad de tiempo de los colaboradores para las actividades relacionadas con la planeación y gestión de los procesos y estándares se vea reducida

Avances

- Se establecen claramente las funciones, la periodicidad de reunión y el alcance de las actividades del Equipo de Trabajo Institucional frente al Control Interno (Equipo MECI) a través de acto administrativo.
- La Alta Dirección vela por el cumplimiento de la misión y visión, facilitando que los servidores entiendan su papel en la ejecución de los procesos
- Dentro del Sistema Único de Acreditación, bajo el estándar de Direccionamiento y Gerencia se está revisando, modificando ya actualizando el código de ética y buen gobierno corporativo, con base en las Políticas Institucionales que se han definido, para darle cumplimiento a los estándares superiores de calidad.

- Bajo el estándar de Gerencia del Talento Humano, se está actualizando el Manual de Perfiles Institucional, en el cual se están contemplando cada uno de los cargos, independientemente del tipo de contrato. Para ello se inició la recopilación de los perfiles de la ESE HUS para posteriormente unificar e implementar un único manual de la ESE HUS.
- Se identificaron las necesidades del talento humano generadas en los diferentes procesos de la E.S.E. HUS, con el fin de establecer el programa de bienestar y plan de formación y capacitación institucional; así como definir los criterios a evaluar en cuanto a capacitación, clima organizacional, seguridad y salud en el trabajo y bienestar.
- Se establecen las interrelaciones entre los procesos, así como planificar procedimientos para la ejecución de dichos procesos, los cuales requieren mejoras para optimizar su trazabilidad.
- En el mes de Enero de 2017 se finalizó la socialización de direccionamiento estratégico en los Grupos Primarios (Principales y Secundarios), la cual contemplaba la presentación de la Misión, Visión, Valores, Principios, Políticas, Ejes y Objetivos; aprobados en la Resolución 721 del 2013. Lo anterior se realizó con el fin de garantizar su comprensión y dar cumplimiento a los estándares de acreditación y al módulo de planeación y gestión del Modelo Estándar de Control Interno.
- Se conoce y aplica integralmente el Régimen de Contabilidad Pública acogiéndonos a las Normas Internacionales de Información Financiera.
- Se determinan los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo de los procesos, mediante su estructura organizacional.
- Se cuenta con las caracterizaciones de cada proceso, determinados para el cumplimiento de la misión y visión de la entidad
- Con base en las necesidades de cambio y mejora de la ESE HUS, se realizó la revisión, ajuste, actualización y aprobación del Subprocesos del Mapa de Procesos de la Institución. Quedando definidos dieciocho (18) procesos de Gestión y setenta y uno (71) subprocesos, distribuidos de la siguiente manera:

MAPA DE PROCESOS E.S.E HUS		
	PROCESO	SUBPROCESOS
PROCESOS ESTRATEGICOS	GESTIÓN DIRECTIVA	Gestión Junta Directiva
		Gestión Gerencia - Gestión Comité de Gerencia
	GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Comunicación
		Planeación
		Mercadeo
	GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	Calidad (SUH, SUA, SUI, PAMEC)
		Seguridad del Paciente
		Auditoria Prestación de Servicios
		Sistema de Información del Usuario
PROCESOS MISIONALES	GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA	Investigación
		Docencia - Servicio
	GESTIÓN DE URGENCIAS	Urgencias General (Adulto)
		Urgencias Pediátricas
		Urgencias Gineco-Obstetricas
	GESTIÓN DE INTERNACIÓN	Medicina Interna
		Infectología Adulto - Infectología Pediátrica

		Unidad Neonatal (Básico, Intermedio, Intensivo)
		Hospitalización Pediátrica
		Hospitalización Gineco-Obstetricas
		Hospitalización por Cirugía General y Especializada
		Unidad de Quemados
	GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	Cuidados Intensivos - Intermedio Adulto
		Cuidados Intensivos - Intermedio Pediátrico
	GESTIÓN QUIRÚRGICA	Quirófanos
		Anestesiología
		Trasplantes
		Esterilización
	GESTIÓN AMBULATORIA	Consulta Externa
		Madre Canguro
Oncología		
PROCESOS MISIONALES	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	Imagenología (Radiología e Imágenes Diagnósticas)
		Patología
		Electrodiagnóstico
		Apoyo Diagnóstico Especializado
		Laboratorio Especializado de Hematología
		Laboratorio Clínico
	GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	Rehabilitación (Audiología, Órtesis y Prótesis)
		Fisioterapia (Terapia Respiratoria y Física)
		Farmacia
		Nutrición
		Radiología Intervencionista
		Hemocentro (Servicio Transfusional, Pruebas Diagnósticas de Hemocomponentes)
PROCESOS DE APOYO	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Equipos Biomédicos
		Equipos Industriales
		Equipos Hardware
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Talento Humano
		Seguridad y Salud en el Trabajo

		Emergencias y Desastres
		Control Interno Disciplinario
	GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	Lavandería
		Vigilancia
		Alimentación
		Servicios Generales
		Planta Física
		Gestión Ambiental
		Control de Inventarios
		Almacén
	GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	Gestión Documental
		Sistemas de Información
		Estadística (Información Estadística, Custodia de Registro Clínicos)
		Unidad de Epidemiología
	GESTIÓN FINANCIERA	Presupuesto
		Contabilidad
		Costos
		Facturación
		Cartera
		Tesorería
GESTIÓN DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Jurídica	
	Interventoría de Contratos	
PROCESO DE EVALUACIÓN	GESTIÓN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO	Control Interno
		Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

- El sistema de calidad de la institución, inicio el proceso de fortalecimiento y concientización de la Gestión por Procesos, conforme a los estándares superior de calidad (Acreditación); para esto desarrollo las siguientes acciones y/o actividades que apoyaron este enfoque:
 - Revisión y actualización de la documentación existente para iniciar la construcción del Listado Maestro de Documentos.
 - Diseño e implementación de herramienta ofimática (Excel) que permite llevar de manera dinámica, organizada y con enfoque en Gestión por Procesos el Listado Maestro de Documentos y Listado Maestro de Formatos de la institución. Dentro de la herramienta se aprecia el mapa de procesos de la institución, la clasificación por subprocesos y la documentación existente por cada uno (Dividida en procesos y subprocesos). A su vez la herramienta permite visualizar todos los documentos en formato pdf y acceder mediante hipervínculos a cada uno de los procesos y/o subprocesos.
 - Creación de la Guía de Elaboración y Control de Documentos, con enfoque en acreditación y gestión por procesos. A través de la guía se establecieron lineamientos institucionales que garantizan el funcionamiento óptimo del sistema de calidad de la ESE HUS.

- Creación de la Guía de Adopción y/o Adaptación de Guías de Práctica Clínica, con enfoque en acreditación y habilitación. A través de la guía se establecieron lineamientos institucionales que garantizan la adecuada estructura de los documentos, lo cual genera un funcionamiento óptimo del sistema de calidad y da cumplimiento a los estándares de calidad en salud.
- Diseño e implementación de herramienta ofimática (Excel) que permite ejercer control sobre las solicitudes de creación, eliminación, actualización, adopción y/o adaptación de los documentos; evidenciando su estado de avance respecto a la inclusión en el sistema de calidad, así como un reporte mensual de la nueva documentación actualizada o creada en la institución, clasificándola por procesos y subprocesos.
- Se realiza un análisis al listado maestro de documentos y se identifica adicionalmente un Listado de Guías de Práctica Clínica, clasificadas por procesos subprocesos y especialidades, para continuar la etapa de documentación y socialización y dar cumplimiento a lo exigido en la resolución 2003 de 2014.
- Por medio de la estrategia de Grupos Primarios se está fortaleciendo la socialización y divulgación de los documentos creados, actualizados, adoptados y/o adaptados de la institución.
- Se documentó el proceso de Gestión de Investigación y Docencia.
- Dentro del Estándar de Proceso de Atención Cliente Asistencial – PACAS, actualmente se realizan actividades que fortalecen el sistema único de acreditación y el modelo estándar de control interno, reflejándose los avances de la siguiente manera:
 - Reunión con Seguridad del Paciente en donde se solicitó la inclusión en las rondas de seguridad y sesiones breves de los servicios ambulatorios de Oncología, Madre Canguro, Hemocentro, entre otros que inicialmente no se habían contemplado.
 - Medición de los tiempos en el subproceso de Consulta Externa detallados de la siguiente manera: Tiempo promedio de duración de la consulta, Tiempo de espera para la atención (inicio-programada), Tiempo de espera para la llegada al servicio(inicio-admisión) y Tiempo de espera en trámites administrativos (programada-admisión)
 - Análisis de capacidad instalada en cada una de las especialidades y subespecialidades con el objetivo de conocer los procedimientos que requieren preparación previa y requieren consentimiento informado.
 - Análisis de productividad de las especialidades y subespecialidades en el subproceso de consulta externa, con la siguiente información: Especialidad, Demanda, Oferta, Programadas, Cumplidas, Canceladas, Incumplidas, Productividad y Porcentaje de Incumplimiento
 - Actualmente se está realizando análisis de los formatos de consentimiento informado utilizados con el fin de estandarizar la información según la normatividad e implementarlo en cada uno de los servicios.
 - Aprobación y socialización de protocolo de Muerte cerebral
 - Definición de ruta de atención de los diferentes servicios como quirúrgicos, entre otros.
 - Revisión del documento de conciliación terapéutica de medicamentos
 - Definición y actualización de los procedimientos de extracción de tejidos en la morgue, detección potencial de donante de órganos y detección potencial de donante de tejidos
 - Actualmente se está revisando y actualizando con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario y el Comité de Calidad, el procedimiento de atención y solución de PQRS de los usuarios
- Se fijan los planes, programas y/o proyectos teniendo en cuenta los objetivos institucionales y el direccionamiento de la Alta Dirección
- Se cuenta con un proceso contable estructurado y documentado, donde se evidencian elementos tales como políticas y procedimientos contables.
- Se establecen niveles de autoridad y responsabilidad para la ejecución de las diferentes actividades del proceso contable de la entidad
- Se cuenta con la Política de Administración del Riesgo con el liderazgo del Representante Legal y el equipo Directivo de la entidad en el marco del Comité Coordinador de Control Interno.
- Se divulga la metodología sugerida para la administración del riesgo a servidores y colaboradores de la entidad.
- Se cuenta con mapa de riesgos pro procesos de acuerdo a los lineamientos de la Política de Administración del Riesgo, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción, que consolida aquellos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la ESE HUS.
- En los grupos primarios se socializaron las Metas internacionales de Seguridad del paciente como: Identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, Garantizar una cirugía en el lugar

correcto con el procedimiento y al paciente correcto, Minimizar el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas y Prevenir la aparición de zonas de presión en el paciente.

- Durante el mes de Abril de 2017, a través de los Grupos Primario se realizó la socialización de la Gestión por Procesos, en la cual se hizo claridad en la estructura organizacional de la institución y su integralidad con el mapa de procesos actual.
- Se inició el diseño de una herramienta en la cual se pretende consolidar todos indicadores medidos en la institución y a su vez los exigidos por la norma.
- Se implementó el Sistema de Administración de Riesgos, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, según la circular 009 de 2016 de la Supersalud.

Módulo Evaluación y Seguimiento

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y los resultados de la gestión.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Establecer un Plan de mejoramiento individual, teniendo en cuenta las evaluaciones de desempeño de los servidores, el diagnóstico de necesidades de capacitación realizada por parte del proceso de Gestión del Talento Humano y diferentes mecanismos que brinden información sobre el desempeño de los servidores públicos.
- Aumentar controles para mejoramiento de la efectividad y oportunidad de la supervisión sobre la etapa de ejecución de los contratos.
- Evaluar la eficacia del Plan de Mejoramiento por Procesos y determinar si se superaron las fallas en el desarrollo de los procesos.
- Es necesario definir actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos al personal, sobre la cultura de autoevaluación
- La asistencia en las reuniones de los Grupos Estándar de Acreditación es variable, lo que genera un atraso en el avance y seguimiento de los planes de mejoramiento propuestos.

Avances

- El Comité Coordinador de Control Interno es operativo, se tiene establecida su periodicidad de reunión, priorización de temas, entre otros.
- Se cuenta con mecanismos de control y seguimiento que permiten la administración de los riesgos en la ESE HUS
- Se cuenta con un Programa Anual de Auditorías que incluye todas las actividades que desarrolla la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Calidad
- En el Programa Anual de Auditorías se incluye el objetivo, el alcance alineado con la planeación de la ESE HUS y la priorización de los procesos a auditar
- Se cuenta con Plan de Mejoramiento Institucional que contiene acciones de mejora para el cumplimiento de los objetivos de la ESE HUS y las estrategias para resolver los hallazgos encontrados por los organismos de control
- Se cuenta con planes de mejoramiento por procesos con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permiten mejorar la ejecución de los procesos.
- Se realizó actualización del documento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC de la E.S.E HUS, orientado con enfoque en acreditación evidenciándose los diferentes seguimientos realizados y los equipos de estándares evaluados en la institución.
- En el primer trimestre del año 2017 se realizó seguimiento a las acciones de mejoramiento con los diferentes grupos de estándares evaluados en la ESE HUS, evidenciándose el porcentaje de cumplimiento para cada uno.
- Se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora dejadas en cada una de las auditorías realizadas por la EPS, ente municipal y departamental, además se envió reporte de las oportunidades de mejora a cada una de las subgerencias de la ESE HUS para generar el respectivo plan de mejora.
- Se realizó reporte y sustentación del PAMEC con enfoque en acreditación en la Secretaria de Salud de Santander.

- Se diseñó una herramienta en Excel denominada Gestión de Oportunidades y Acciones de Mejoramiento para consolidar las oportunidades de mejora impartidas por las auditorías internas y externas que se lleven a cabo en la ESE HUS.
- Se implementaron medidas para fortalecer la debida transparencia que debe existir y garantizarse en las diversas actuaciones de la entidad. La lucha contra la corrupción, es una de las políticas que la ESE HUS ha venido optimizando dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 y al Decreto 2641 de 2012. Se formuló y adelantó la implementación de su Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano para el año 2016, compuesto por cinco frentes, el de Gestión de Riesgos de corrupción, Rendición de Cuentas, Mecanismos de atención Al Ciudadano, Antitrámites y el de Transparencia y Acceso a la Información. Para mejoramiento de la gestión en este campo, la Oficina de Control Interno, a través de circular, comunicó a los responsables la necesidad que las medidas y acciones, estén enfocadas a prevenir la materialización de los riesgos de corrupción, alineadas con las causas que puedan darles origen.
- Se verifica el diseño y aplicación de los controles asociados a los procesos, así como la efectividad de los mismos frente a la materialización de los riesgos (si han sido efectivos para evitar su materialización)
- Se evalúa la eficacia del Programa Anual de Auditoria y su aporte en la mejora continua de los procesos.
- Periódicamente se realiza seguimiento para monitorear el grado de mantenimiento de las mejoras logradas en cada ciclo de autoevaluación de la acreditación y asegurar la implementación de los diferentes planes de mejoramiento.
- Se realizaron las rondas de seguridad que se denominaron sesiones breves en seguridad, teniendo en cuenta la necesidad de reforzar las buenas prácticas adoptadas de seguridad de paciente en las cuales participa: el coordinador del servicio, el coordinador asistencial, el referente de seguridad del paciente de la oficina de calidad y la subgerente de enfermería.
- Se establecieron planes de mejoramiento para corregir la insatisfacción en la prestación del servicio de las diferentes quejas de los usuarios

Eje transversal: Información y comunicación

Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Establecer si el sistema de información utilizado para la recolección de información interna y externa cuenta con características tales como: la robustez para mantener la integridad, confiabilidad y facilidad para la consulta de la información, así como los mecanismos para su actualización tecnológica.
- Se presenta poca utilización de los medios institucionales designados para la comunicación y transmisión de la información, principalmente de la Intranet, dificultando de esta forma la efectividad y rapidez de respuesta a las necesidades presentadas.
- Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información
- Contar con una rendición de cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)
- Tener inventariada la documentación en el Formato Único de Inventario Documental FUID tanto en los archivos de Gestión como Central
- Realizar la transferencia de archivos y la disposición de documentos de forma oportuna, utilizando los criterios del Comité Interno de Archivo.
- Implementar las TRD, TV, PGD, PINAR y la Política de Gestión Documental en la ESE HUS, además de ajustar los controles para optimizar la organización y el mantenimiento actualizado de expedientes de los contratos activos y la efectividad de la gestión documental en sus expedientes físicos y electrónicos.
- Implementar mecanismos más efectivos para el seguimiento a la oportuna respuesta y trazabilidad de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos
- Implementar mecanismos para recolectar las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores públicos
- Se recomienda que a nivel institucional se le siga dando importancia a la actualización de contenidos del Sitio Web dado que esta es una de las primeras formas de contacto que tienen nuestros ciudadanos con la ESE Hospital Universitario de Santander.

- Es necesario establecer en la planeación estratégica una ruta de trabajo y desarrollo de las actividades de gestión documental.
- Se requiere mantener actualizada en la página web toda la información correspondiente a los tramites que se pueden agotar en la entidad, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos (En concordancia con la Ley 962 de 2005, el Decreto Ley 019 de 2012, los lineamientos de Gobierno en Línea, entre otros).
- Es pertinente mejorar la oportunidad de respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.
- Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la información.
- Fortalecer la rendición de cuentas donde se contemple acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos).
- Establecer un mecanismo de evaluación a cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, dialogo e incentivos).
- Establecer estrategias para tener inventariada la documentación en el Formato único de inventario documental FUID tanto de los archivos de gestión como Central.

Avances

- Se cuenta con la política y el plan de comunicaciones de información relevante para el cumplimiento de las funciones de los servidores.
- Se administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros)
- Se realiza el mantenimiento al sistema de información utilizado para la recolección de las sugerencias, quejas, peticiones o reclamos por parte de la ciudadanía de manera continua y permanente.
- Se está trabajando en el proyecto de actualización y modificación de la Intranet, SIPA y el Moodle, conforme a los lineamientos y necesidades institucionales enfocadas en el sistema único de acreditación y la gestión por procesos.
- Se cuenta con las Tablas de Retención Documental aprobadas
- Se realizó audiencia de Rendición de Cuentas de la vigencia 2016.
- Se cuenta con la estrategia de comunicación interna y externa que incluye política, plan y canales de comunicación.
- Se empezó a publicar en las redes sociales de la ESE Hospital Universitario de Santander un video de mercadeo invitando a toda la población a participar de los servicios que presta la entidad y a motivar a las personas para que requieran de los servicios del HUS
- Junto con el departamento de prensa se está iniciando la creación de videos informativos, flyer, y demás a fin de lograr que el mercadeo de la entidad sea más visible y reconocido ante nuestros clientes y usuarios.
- Actualmente se está trabajando en reforzar las diferentes campañas que lidera la Institución, donde se buscará mejorar su alcance e implementación, a través de los diferentes medios de difusión internos y externos que posee la Institución.
- Se encuentra en fase de diseño diversas piezas gráficas que servirán como material fundamental para apoyar y reforzar las diferentes campañas que se tienen previstas y las cuales están en proceso de reestructuración para ser implementadas. Entre ellas se encuentran: Campaña derechos y deberes de los pacientes, campaña de prevención de la corrupción y campaña en pro de la donación de órganos
- Se ha socializado constantemente con las diferentes dependencias de la ESE HUS la importancia del rol de Prensa y Comunicaciones en la Institución, y a su vez se han fortalecido las comunicaciones con dichas áreas, con el fin de trabajar en conjunto para generar y asesorar el despliegue informativo que se desarrolla en los diferentes canales de comunicación de la Institución.
- Se ha identificado ventanilla de atención preferencial en los puntos de facturación de consulta externa, se dispone de un módulo con dos personas de SIAU para atención preferencial con el fin de realizar acompañamiento, adicionalmente, SIAU en consulta externa identifica esta población y realiza la gestión necesaria para que liquide oportunamente, bien sea ubicándolo en ventanilla de atención preferencial o coordinando con facturación para la liquidación con documentos en mano.

- Se realiza la apertura a los buzones de sugerencias una vez a la semana y se elabora la respectiva acta de acuerdo al formato GMC-CU-FO-08 Acta de Inicio Escrutinio Buzón de Quejas, Sugerencias y Comentarios.
- Se cuenta con dos puntos de atención al ciudadano los cuales están ubicados en Consulta Externa y en el segundo piso del HUS y su horario de atención es de 6:00 a.m. a 5:00 p.m.
- El personal de Servicio de Información y Atención al Usuario es capacitado en lenguaje de señas para así ser incluyente y poder dar a conocer los derechos y deberes de los usuarios además de dar la respectiva información a personas con discapacidad auditiva y de lenguaje.
- En cuanto a lo establecido en la Estrategia de Gobierno en línea en la página web institucional: Se cuenta con un link que permite a los usuarios realizar PQR en línea diligenciando un formulario que permite identificar la clase de solicitud. Estas son monitoreadas y gestionadas por el SIAU. Existe la sección Atención al Ciudadano donde se informa a la comunidad hospitalaria los puntos de atención, horarios, ubicación de sedes, directorio, deberes y derechos, trámites para la solicitud de citas médicas, pagos de servicios, normas generales para visitantes, seguridad del usuario y preguntas frecuentes.
- En los registros de la Página Web de la ESE HUS, se observa la amplia dinámica de comunicaciones mediante la actualización diaria de información de la gestión institucional a sus usuarios y en general a la ciudadanía, lo cual a su vez constituye una estrategia de permanente rendición de cuentas, por medio de los variados recursos con que cuenta la Web institucional, entre otros: noticias, boletines informativos, informes de gestión y de evaluaciones y seguimientos, espacios de interacción y participación ciudadana como Facebook.
- La E.S.E. HUS, haciendo uso de su página web www.hus.gov.co, ha publicado la información relacionada con su planeación para que las partes interesadas y sus colaboradores la conozcan.
- La Institución publica en su página web los informes remitidos a la Contraloría sobre el Plan de Mejoramiento vigente de la Entidad de acuerdo con la periodicidad establecida por este organismo de control.
- Se aprobó y aplico el mecanismo y herramienta de planeación de la información en el cual se refleja la identificación, el almacenamiento, procesamiento, transmisión y mejoramiento de la información requerida en los procesos de la institución y da cumplimiento a los estándares de Gerencia de la Información, definidos en el Sistema Único de Acreditación

Estado general del Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a las normas de Control Interno, realiza evaluación permanente a los Procesos Institucionales de la Entidad con el objetivo de verificar la adopción de las medidas necesarias que garanticen óptimos niveles de eficiencia y eficacia en todos los elementos del Sistema y contribuir en la toma de decisiones efectivas para el desarrollo de la Organización.

Se ha verificado que cada uno de los componentes de la estructura del Sistema de Control Interno exista, cumpliendo estándares generales, siendo interiorizados, implementados y aplicados efectivamente en la Institución. Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Calidad según el Sistema Único de Acreditación (SUA).

La Oficina Asesora de Control Interno dictamina que se ha evaluado el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en sus diferentes Subsistemas, Componentes y Elementos, encontrando que el nivel de implementación del MECI continúa manteniéndose en un nivel **ADECUADO**.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno