

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO



UNIDAD FUNCIONAL DE CONTROL INTERNO

PERIODO

11 de noviembre de 2018- 12 de marzo de 2019





Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. ESTRUCTURA MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO	3
2.1 INSTITUCIONALIDAD DEL MODELO	3
2.1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	3
2.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	4
2.1.3 Herramientas autodiagnóstico	4
2.1.4 Resultados FURAG	4
2.1.5 Estructura Líneas de Defensa – MECI – Política control interno	6
2.1.6 Recomendaciones:	6
2.2 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL	7
2.2.1 Dimensión talento humano	7
2.2.2 Recomendaciones	10
2.2.3 Dimensión direccionamiento estratégico	10
2.2.4 Recomendaciones	12
2.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	13
2.3.1 Estado, avances - fortalezas	14
2.3.2 Recomendaciones	16
2.4 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL	16
2.4.1 Dimensión gestión con valores para el resultado	18
2.4.2 Estado – Avances - Fortalezas	18
2.4.3 Recomendaciones	20
2.5 COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	21
2.5.1 Dimensión información y comunicación	22
2.5.2. Recomendaciones	23
2.6 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO	23
2.6.1 Balance	25
2.6.2 Recomendaciones	27





1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, se presenta a continuación el informe pormenorizado del estado del control interno del Hospital María Auxiliadora Empresa Social del Estado del municipio de Mosquera.

El control interno de acuerdo al artículo 1° de la Ley 87 de 1993 se entiende como “el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

Así mismo, con la expedición del Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015; se actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. Este modelo aborda en su 7ª Dimensión el control interno “que se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI, el cual fue actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno que establece el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 (PND 2014-2018). Esta actualización se adopta mediante el Documento Marco General del MIPG y se desarrolla en detalle en este apartado del Manual Operativo”¹

Por lo tanto, a continuación, se presenta el estado de la institucionalidad del modelo y de cada uno de los cinco componentes del MECI: Ambiente de control, administración del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo en el marco de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

2. ESTRUCTURA MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

2.1 INSTITUCIONALIDAD DEL MODELO

2.1.1 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera constituyó y adoptó a través de la Resolución No 51 del 09 de julio de 2018 el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Así mismo en esta resolución adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para el hospital. En el artículo 10 de la resolución mencionada se establecen sesiones ordinarias trimestrales al corte de este informe este comité no ha realizado sesión.

¹ Consejo para la gestión y el desempeño institucional. (2017). *Manual operativo Sistemas de Gestión - Modelo Integrado de Planeación y Gestión*. Bogotá: Documento Oficial DAFP.



2.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

En la actualidad existe en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera creado a través de la resolución No 28 de 2006 el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno. En la última sesión del mes de octubre de 2018, se aprobó por parte del comité el contenido de los actos administrativos para la actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y del estatuto de Auditoría Interna y otras disposiciones en materia de control interno, en la resolución No 81 y 82 del 04 de octubre 2018 respectivamente.

2.1.3 Herramientas autodiagnóstico

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera, ha elaborado los autodiagnósticos de gestión de talento humano, integridad, direccionamiento y planeación, plan anticorrupción, gestión presupuestal, gobierno digital, defensa jurídica, servicio al ciudadano, trámites, participación ciudadana, rendición de cuentas, seguimiento y evaluación del desempeño, gestión documental, transparencia y acceso a la información y control interno.

2.1.4 Resultados FURAG²

A partir de la medición realizada en octubre- noviembre de la vigencia 2017, la cual se fundamenta en la metodología de grupo par, que consiste en una ordenación de los resultados de las entidades dentro del grupo par en quintiles El quintil (figura 1) es una medida de ubicación que identifica conocer que tal lejos está la entidad dentro del puntaje máximo obtenido dentro del grupo par, siendo estas:

Figura 1 Estructura lectura resultados quintiles



Fuente: Informe de gestión y desempeño institucional del ESE María Auxiliadora del municipio de Mosquera -abril 2018

Por lo tanto, se entiende una entidad con **buen desempeño** si los resultados quedan ubicados en el quintil 4 y 5, y **un bajo desempeño** si los resultados se ubican en el quintil 1,2 y 3; conociendo lo anterior el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera obtuvo los siguientes resultados:

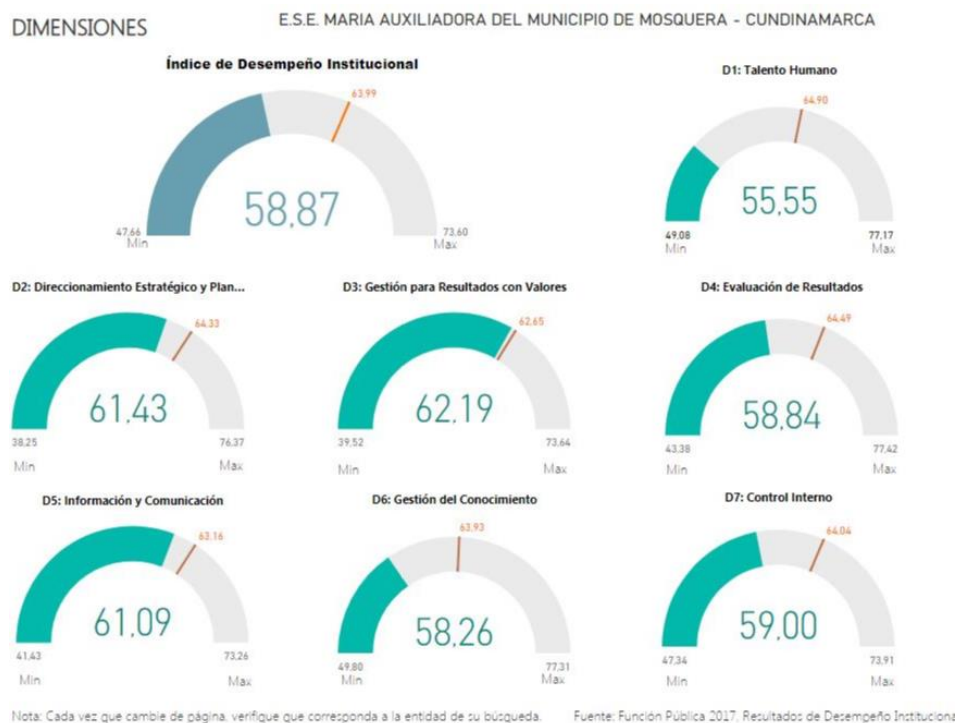
² Informe de gestión y desempeño institucional del ESE María Auxiliadora del municipio de Mosquera – Cundinamarca – abril 2018. DAFP



A. Índice de desempeño institucional

El índice de desempeño institucional fue de **58.87** ver Figura 2 ubicándose en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**. Así mismo los resultados de todas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG se ubican entre los quintiles 1,2 y 3 con bajo desempeño. Las dimensiones ubicadas en el quintil 1 son: Talento Humano con 55.55, gestión del conocimiento con 58.26 y control interno 59.00; en el quintil 2 son: Direccionamiento estratégico con 61.43, evaluación de resultados con 58.84 e información y comunicación con 61.09, por último, en el quintil 3 se ubica la dimensión gestión con valores para el resultado con 62.19.

Figura 2. Índice de Desempeño Institucional



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018

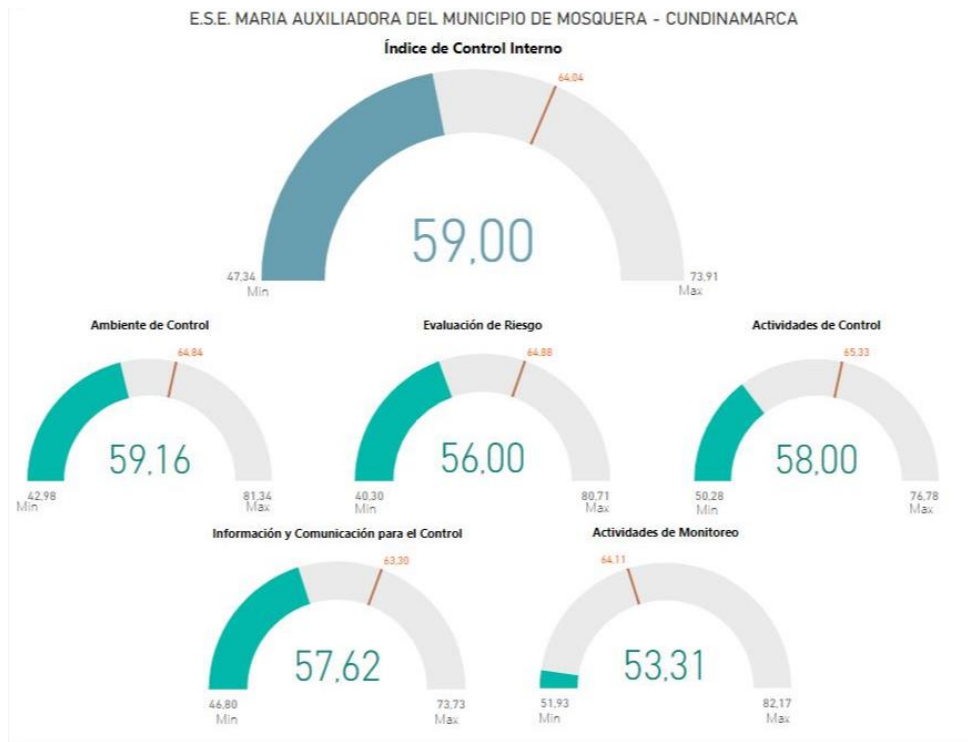
B. Índice de control interno

El índice de control interno fue de **59.00** ubicándose en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**. Así mismo los resultados de todos los componentes: ambiente de control, gestión del riesgo, actividades de control, información y comunicación y actividades de monitoreo con 59.16, 56.00, 58.00, 57.62 y 53.31 respectivamente, se ubicaron en el quintil 1 con bajo desempeño.





Figura 3. Índice de Control Interno



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipq>, junio 2018

Por último, el hospital se encuentra en el diligenciamiento del FURAGII con la información de la vigencia 2018 en cumplimiento de circular externa No002-2019 expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

2.1.5 Estructura Líneas de Defensa – MECI – Política control interno

En la actualidad el hospital se encuentra trabajando del proyecto de acto administrativo para la adopción de la estructura de control del MECI “Líneas de defensa” establecidas en la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. De igual forma se encuentra pendiente por establecer la política de control interno conforme a la programación de los planes operativos de la unidad funcional.

2.1.6 Recomendaciones:

- Adelantar la gestión para adelantar en la frecuencia establecida en la resolución No 51 de 2018 las sesiones del comité institucional de Gestión y Desempeño.

-Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de acción producto de los resultados de los autodiagnósticos.

-Elaborar actos administrativos para la adopción de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en cumplimiento de los Planes Operativos de las Unidades Funcionales.



2.2 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Este componente busca asegurar las directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de Hospital María Auxiliadora ESE del Municipio de Mosquera para implementar y fortalecer de control interno de la entidad. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **59.16 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO** (**Figura 4** Resultados componente ambiente de control).

Figura 4 Resultados componente ambiente de control



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipq>, junio 2018

En este componente incorpora temas de las dimensiones de talento humano y direccionamiento estratégico que a continuación se muestran los resultados

2.2.1 Dimensión talento humano



En esta dimensión se concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuenta el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera y en consecuencia como factor crítico de éxito que facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados; trabaja las políticas de talento humano y la política de integridad

Figura 5 Resultados dimensión talento humano y sus políticas





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. Junio 2018

La dimensión de talento humano obtuvo como resultado, Figura 5, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el primer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de talento humano y la política de integridad se ubican en un primer quintil indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política de talento humano se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) la calidad de la planeación estratégica del talento, (ii) eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano, (iii) desarrollo y bienestar del talento humano de la entidad, (iv) desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano. De igual forma la política de integridad se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) adecuación institucional para la integridad, (ii) las acciones para promover ciudadanos corresponsables y (iii) las acciones para promover la integridad de los servidores públicos. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

a. Política de Talento Humano

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión estratégica del talento humano	<p>En cumplimiento de del Decreto 612 de 2018, se define el plan estratégico del talento humano que incorpora los aspectos de inducción y reinducción, capacitación y bienestar, incentivos, provisión de vacantes, seguridad y salud en el trabajo, clima organizacional etc. De igual forma estos aspectos fueron abordados nuevamente en el auto diagnóstico de la gestión del talento humano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, así como cronogramas de trabajo y las actividades vinculadas al Plan de Acción en Salud de la vigencia.</p> <p>Se fortaleció la gestión de los procesos de inducción y reinducción y capacitación para todos los colaboradores en aras de cumplir con los estándares de habilitación de la resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Por lo tanto, se implementan mecanismos virtuales plataforma ED modo y jornadas de amplia participación con los temas transversales y jornadas específicas de</p>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>dependiendo los temas particulares de los servicios. y publicación de la información en la Mosquerafa (mecanismo interno) y vinculación de los procesos y procedimientos de la gestión del talento humano en al aplicativo DARUMA.</p> <p>Se realizó encuesta de clima laboral, así como identificación de necesidades de capacitación para los colaboradores, con el propósito de actualizar y formular los planes y programas para gestionar por parte de talento huma en la vigencia 2019.</p>
Manual de funciones	<p>A través del acuerdo No 23 de 2006, por medio del cual se establece el manual específico de funciones y competencias laborales para los diferentes empleos públicos de la planta del hospital.</p> <p>Se presentó a la junta directiva el manual específico de funciones y de competencias laborales para los diferentes empleos públicos de planta de personal del Hospital quien solicitó revisar antes de aprobarla unos temas allí contenidos.</p> <p>El hospital actualizó a través de la aprobación de la junta directiva en el acuerdo 12 de octubre de 2018, la estructura de las unidades funcionales y esquemas de liderazgo para facilitar la gestión por procesos acordes con la situación actual del hospital.</p>
Evaluación del desempeño	<p>En el nivel directivo se aprobó en el acuerdo No 13 del 5 de diciembre de 2016 el plan de gestión del gerente en cumplimiento a las disposiciones del decreto 743 de 2013 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta evaluación se realiza con una frecuencia anual. Evaluación del plan de gestión del gerente vigencia 2017. Se realizó evaluación del plan de gestión para la vigencia 2017 de la gerente con la calificación por parte de la junta directiva del hospital.</p> <p>Actualmente el personal profesional, técnico y auxiliar de planta están en provisionalidad, por lo que no se ha generado un sistema de evaluación del desempeño.</p> <p>En el hospital se identifican dos cargos de gerencia pública el gerente y subgerente que cumplen con los requisitos de los cargos, para este último se definió acuerdo de gestión. Así mismo, se identifica uno de los cargos de profesionales es de naturaleza de libre nombramiento y remoción para revisar el mecanismo de evaluación de desempeño</p>

b. Política de Integridad





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Integridad	<p>Durante el proceso de planeación estratégica, se presentó a la Junta Directiva una actualización de la plataforma estratégica del hospital incluido los principios y valores de la entidad, igualmente se adoptaron con acto administrativo. El hospital ha elaborado el Código de ética, buen gobierno e integridad, se encuentra sin aprobación.</p> <p>Se finaliza con la ejecución plan de humanización vigencia 2018 con alcance a todos los colaboradores de la entidad y se documenta política de humanización. El cual reporta una ejecución superior al 90%. A partir de los resultados de la encuesta de clima laboral realizada al final de la vigencia 2018 se elabora plan de humanización para ejecutar en 2019.</p>

2.2.2 Recomendaciones

- Revisar los resultados de los índices desagregado de desempeño y las variables que inciden en su medición con especial énfasis en la calidad de la planeación estratégica del talento y en desarrollo y bienestar del talento humano de la entidad y en la adecuación institucional para la integridad y las acciones para promover la integridad de los servidores públicos que fueron los que se ubicaron en el quintil número uno.
- Ajustar manual conforme a las disposiciones del decreto 815 de 2018.
- Revisar la pertinencia de adoptar e implementar el Acuerdo 565 del 2016 de la Comisión Nacional de Servicio Civil para el caso de los empleos en provisionalidad.
- Surtir el proceso de aprobación del documento de código de ética, buen gobierno e integridad para el hospital.
- Analizar la pertinencia de documentar en las actividades (frecuencia, responsabilidades, instrumentos o mecanismos etc.) asociados al sistema de evaluación del desempeño para los empleos públicos del personal de planta del Hospital María Auxiliadora ESE Mosquera.
- Incluir en el sistema de gestión documental Daruma) el documento aprobado para ejecutar estrategias de divulgación de los mecanismos allí definidos a todos los colaboradores del hospital.

2.2.3 Dimensión direccionamiento estratégico



Direccionamiento
estratégico

En esta dimensión se define el horizonte a corto y mediano plazo del hospital que le facilite establecer la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor, así como fortalecer su confianza y legitimidad para focalizan sus procesos y el uso de sus recursos; trabaja las políticas de Planeación institucional y gestión presupuestal y eficiencia del gasto público



Figura 6 Resultados dimensión direccionamiento estratégico y su política



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>, junio 2018

La dimensión de direccionamiento obtuvo como resultado, Figura 6, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de planeación institucional se ubican en un primer quintil indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

a. Planeación Institucional

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Plataforma estratégica	El hospital ha definido una ruta o plataforma estratégica a través de un trabajo institucional aprobado por su junta directiva a finales de 2017, esta ruta guiará su gestión institucional en el horizonte a corto y mediano plazo, lo que facilitará priorizar sus recursos y talento humano y así como la focalización de sus procesos de gestión para la consecución de los resultados con miras a satisfacer las necesidades de sus grupos de valor y fortalecer la confianza en los usuarios a través de asegurar los derechos en materia de salud que en el marco de la normativa y de su nivel de atención (primer nivel) el hospital debe cumplir.
Planeación Institucional	<p>El hospital María Auxiliadora ESE Mosquera construyó una herramienta que consolida información de planes del para la vigencia 2018, en él se realiza la alineación con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, plan departamental, plan municipal y los planes dispuesto por el decreto 612 de 2018.</p> <p>El hospital María Auxiliadora ESE de Mosquera ha definido los siguiente planes, programas y proyectos acordes con normativa aplicable para cumplir con su misión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Plan indicativo cuatrienal 2017-2020 aprobado en acuerdo No 2 de 2017 de junta directiva del hospital b. Plan de acción en salud vigencia 2019 c. Plan del gerente aprobado en el acuerdo No13 del 2016 de la junta directiva d. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano aprobado y publicado en la página web el 31 de enero 2019 e. Plan de mejoramiento resultado de la auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad integral vigencia fiscal 2017 aprobado por la Contraloría de Cundinamarca





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>f. Programa de saneamiento fiscal y financiero aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>g. Programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC para la vigencia 2018</p> <p>h. Plan de mejoramiento Sistema Único de Acreditación.</p> <p>i. Plan anual de auditorías internas 2019</p> <p>j. PETIC</p> <p>k. Planes decreto 612 de 2018</p> <p>De acuerdo con el portafolio de servicios el hospital atiende los programas en salud pública de protección específica para: vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, atención preventiva en salud bucal, atención del parto, atención al recién nacido, atención en planificación familiar a hombre y mujeres. Así como programas de salud pública en de detección temprana de: las alteraciones de crecimiento y desarrollo, alteraciones del desarrollo del joven; alteraciones del embarazo, alteraciones del adulto, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, alteraciones de la agudeza visual. Por último, presta servicios a la comunidad con los programas de atención domiciliaria, consultorio rosado, preparación a la maternidad y paternidad, UMO unidad médica Odontológica y transporte especial de pacientes. Existen otros programas plus diabetes, hipertensión arterial EPOC y obesidad.</p>

b. Gestión presupuestal y eficiencia en el gasto público

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión Presupuestal	<p>La junta directiva del hospital aprobó el presupuesto para la vigencia 2019 a través del acuerdo 09 del 2018 y así mismo aprueba las modificaciones presupuestales y adiciones que se generaron durante la vigencia 2018</p> <p>El hospital durante la vigencia inicio uso en la plataforma SECOP II en el rol de proveedor, para ejecución de convenio con Fuerza Armada y Gobernación de Cundinamarca; y continúa usando el SECOP I</p> <p>Se realizó durante la vigencia seguimiento y reporte en el CHIP del programa de saneamiento fiscal y financiero aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p>

2.2.4 Recomendaciones

-Revisar la forma de articular los temas de los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos a las metas y necesidades de los programas, planes y proyectos desde de la planeación anteproyecto presupuestal y planeación estratégica y anual.



-Identificar el mecanismo para vincular al ejercicio de planeación los resultados de las auditorías internas, la evaluación y retroalimentación ciudadana realizada en las actividades de rendición de cuentas y los resultados de la capacidad institucional, resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.

-Analizar la pertinencia de elaborar planes operativos de acción que incorporen resultados y metas de todas las unidades funcionales del hospital.

-Revisar implementación de plataforma SECOP II el uso del perfil comprador/ proveedor para efectos de vincular la totalidad de la gestión contractual en este aplicativo.

2.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Este componente busca asegurar un proceso dinámico que le facilite al Hospital María Auxiliadora ESE del Municipio de Mosquera identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **56.00 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO (Figura 7)**

Figura 7 Resultados componente administración del riesgo



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipq>. junio 2018

En este componente incorpora temas de las dimensiones direccionamiento estratégico que se presentó los resultados en la Figura 6 y en el siguiente componente de actividades de control se indicaran los resultados de la dimensión gestión con valores para el resultado. Por lo tanto, a continuación se presenta un balance de la gestión de riesgos realizada en el hospital



2.3.1 Estado, avances - fortalezas

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera, desde la alta gerencia ha estructurado componentes de un sistema de riesgos basado en los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo; el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, de viabilidad financiera y ambientales. Los componentes del sistema de riesgos se encuentran articulados con los objetivos estratégicos definidos para el hospital en el Acuerdo No. 011 del 2017, de la siguiente forma:

OBJETIVO	COMPONENTE DE RIESGO
MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA: Fortalecer el modelo de atención primaria en salud (APS), con énfasis en salud preventiva, individual, familiar y comunitaria para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población Sabana de Occidente	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
ESTANDARES SUPERIORES DE CALIDAD: Implementar y sostener un Sistema Integrado de Gestión, basados en estándares superiores de calidad, mejorando la prestación de servicio y las necesidades de las partes interesadas	Modelo Integrado de Planeación y Gestión
GESTION DEL TALENTO HUMANO: Mejorar continuamente las habilidades y competencias de los nuestros colaboradores por medio de un plan de la gestión del talento humano que permita su bienestar y satisfacción a la comunidad.	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA: Lograr la sostenibilidad financiera del Hospital E.S.E, mediante la implementación de procesos administrativos, financieros y asistenciales efectivos que optimicen los recursos físicos, tecnológicos, humanos y económicos.	Viabilidad financiera

Aunque cada uno de los componentes mencionados en el sistema de riesgos, por lo general son de aplicación transversal a la institución, existe un liderazgo ejercido por uno o varias de las unidades funcionales del hospital, que orientan su diseño e implementación; a continuación, se describen cada uno de los componentes:

COMPONENTE	EJE CENTRAL	METODOLOGIA/INSTRUMENTOS	LIDERAZGO
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Seguridad del paciente	Política de seguridad del paciente Reportes de Eventos adversos - Protocolo de Londres Paquetes instruccionales de procesos asistenciales seguros del Minsalud	Unidad Funcional de Calidad
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad Colaboradores	Política del sistema Procedimiento para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles. GCT 45	Unidad Funcional de Ambiente Físico- Gestión Ambiental
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Procesos Corrupción		Unidad Funcional de Planeación – Sistema de Control Interno





COMPONENTE	EJE CENTRAL	METODOLOGIA/INSTRUMENTOS	LIDERAZGO
	Seguridad de la información	Guías metodologías para los riesgos del DAFP para riesgos de operación y riesgos de corrupción y seguridad digital.	Unidad Funcional de Planeación - Sistemas
	Contratación	Metodología de Colombia Compra eficiente	Unidad funcional de contratación
Viabilidad financiera	Saneamiento fiscal y Financiero	Metodología del Ministerio de Salud y Protección Social Lineamientos del Programa de saneamiento fiscal y financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Unidad Funcional de Planeación y Subgerencia Administrativa

A continuación se relaciona la gestión de manera general la gestión que se ha realizado en cada uno de los componentes:

COMPONENTE	EJE CENTRAL	GESTIÓN
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Seguridad del paciente	Existe política de seguridad del paciente Reportes de Eventos adversos - Protocolo de Londres El hospital a través de convenio gestionó la adquisición de un aplicativo para la gestión institucional que incluye un modulo de gestión de eventos adversos – seguridad del paciente
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad Colaboradores	Existe política del sistema Procedimiento para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles. En proceso actualización de matriz de riesgos
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Procesos Corrupción Seguridad de la información Contratación	Existe política aprobada por comité para el tema de operación y corrupción, también fue divulgada. Se adelantó la parametrización en el aplicativo DARUMA el módulo de riesgo conforme a la Guías metodologías para los riesgos del DAFP para riesgos de operación y riesgos de corrupción y seguridad digital. Así mismo, en el ejercicio de planeación estratégica para la vigencia 2019, se incluyó como actividad transversal a todos los planes operativas POAS de las unidades funcionales la actualización de riesgos que queda proyectada para el mes de mayo. En el documento Plan estratégico de Tecnologías de la Información PETIC, se encuentra pendiente elaboración de mapas de riesgo para seguridad digital.





COMPONENTE	EJE CENTRAL	GESTIÓN
		<p>El hospital a través de convenio gestionó la adquisición de un aplicativo para la gestión institucional que incluye un módulo de gestión del riesgo.</p> <p>La gestión contractual tiene incluidos en sus estudios previos el análisis de riesgo conforme a la metodología de Colombia compra eficiente</p>
Viabilidad financiera	Saneamiento fiscal y Financiero	<p>Se realiza internamente la aplicación de la Metodología del Ministerio de Salud y Protección Social como seguimiento a la gestión del riesgo financiero,</p> <p>Se ejecutan los seguimientos del Programa de saneamiento fiscal y financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público</p>

2.3.2 Recomendaciones

- Actualizar mapas de riesgo de operación, de corrupción y riesgos en seguridad y salud en el trabajo en el aplicativo para la gestión institucional que adquirió el hospital.
- Iniciar la elaboración de los mapas de riesgo de seguridad digital o de la información en el sistema de información DARUMA.

2.4 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

Este componente busca asegurar los mecanismos para apalancar el logro de los objetivos, forman parte integral de los procesos y facilitan el control de los riesgos identificados en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **58.00 puntos** ubicándose de en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**

Figura 8 Resultados componente actividades de control





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>, junio 2018

En este componente incorpora temas de la dimensión de direccionamiento estratégico cuyos resultados se muestran en la Figura 6 y de la dimensión de gestión con valores para resultados que sus resultados se muestran a continuación:

Figura 9 Resultados dimensión gestión con valores para resultados y sus políticas





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>. junio 2018

La dimensión de gestión con valores para resultados obtuvo como resultado, Figura 9 un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el tercer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, las políticas de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos y racionalización de trámites se ubican en un primer quintil; las políticas de gobierno digital, seguridad digital, participación en la gestión pública y política de servicio al ciudadano se ubican en el quintil 2, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política de gobierno digital o se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) empoderamiento de los ciudadanos para el acceso a la información, (ii) fortalecimiento de la gestión de TIC y su aprovechamiento para la toma de decisiones, (iii) recursos y apoyo de la alta dirección (iv) gestión del riesgos en seguridad de la información. De igual forma la política de participación ciudadana en la gestión pública se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) intervención de los ciudadanos en ejercicios de participación ciudadana, (ii) calidad y eficacia de la participación ciudadana, y (iii) participación, eficacia y calidad en espacios de diálogos y rendición de cuentas de la ciudadanía. A continuación se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

2.4.1 Dimensión gestión con valores para el resultado



Gestión con valores
para el Resultado

En esta dimensión esta orientada hacia el logro de los resultados poniendo en marcha los cursos de acción y planes, programas, proyectos y demás directrices establecidas en la dimensión de direccionamiento estratégico y planeación, contando con el talento humano disponible en el Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera.

2.4.2 Estado – Avances - Fortalezas

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera, generó un sistema de información documental en su dominio web, que se encuentra disponible y de acceso a todos los computadores de la entidad, en donde a partir de los estándares de habilitación, siendo estos: Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Historia clínicas, proceso prioritarios, interdependencia, medicamentos y dispositivos médicos se definieron procedimientos, protocolos manuales, guías, instructivos, formatos de las actividades asistenciales y transversales que se ejecutan en desarrollo de los servicios habilitados de acuerdo con la resolución 2003 del 2014, allí se encuentra descrita la operación y controles para el desarrollo de las actividades.





Sistema documental

SISTEMA INTEGRADO DOCUMENTAL

- Principal
- Comités Institucionales
- BITACORA DE BUSQUEDA
- HABILITACION
- INVENTARIO DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA
- MANUAL DE MEJORA
- El Talento Humano
- E2-Procesos Prioritarios
- E3-Infraestructura
- E4-Dotación
- E5-Historia Clínica
- E6-Interdependencia
- E7-Medicamentos y dispositivos médicos
- Temas Transversales
- Vigilancia Epidemiológica

El sistema integrado documental está creado con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad de conocer y divulgar los documentos y gestión de los procesos que soportan el Hospital María Auxiliadora E.S.E del municipio de Mosquera

Estándares de Habilitación



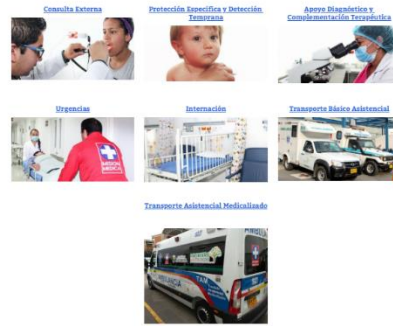
Calle 3 No. 2-15 Este Teléfono: 8278686 – Urgencias: Calle 2 No. 2-38 Este. Teléfonos: 8932393
Email: Info@esemariaauxiliadora.gov.co
Mosquera – Cundinamarca



Sistema documental

Procesos Prioritarios

- Principal
- Comités Institucionales
- BITACORA DE BUSQUEDA
- HABILITACION
- INVENTARIO DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA
- MANUAL DE MEJORA
- El Talento Humano
- E2-Procesos Prioritarios
- Consultas Externa
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- Protección específica y atención emergente
- Interacción
- Urgencias
- Transporte Asistencial Básico
- Transporte Asistencial Medicado
- Interacción
- Careo de peso
- Extracción
- Neurología
- Laboratorio / Temas primarios
- E3-Infraestructura
- E4-Dotación
- E5-Historia Clínica
- E6-Interdependencia
- E7-Medicamentos y dispositivos médicos
- Temas Transversales



Calle 3 No. 2-15 Este Teléfono: 8278686 – Urgencias: Calle 2 No. 2-38 Este. Teléfonos: 8932393
Email: Info@esemariaauxiliadora.gov.co
Mosquera – Cundinamarca



Sistema documental

- Principal
- Comités Institucionales
- BITACORA DE BUSQUEDA
- HABILITACION
- INVENTARIO DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA
- MANUAL DE MEJORA
- El Talento Humano
- E2-Procesos Prioritarios
- Consultas Externa
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- Endoscopia digestiva
- Laboratorio Clínico
- Radiología e imágenes diagnósticas

Protocolos

- DV_PT_007 Protocolo de valoración - toma de muestras v2
- DV_PT_017 Protocolo de entrega de resultados y dato crítico

Manuales

- DV_MA_006 Manual de toma de muestras
- DV_MA_008 Manual de procesamiento de hematólogía v2
- DV_MA_005 Manual de procesamiento de microscopía v2
- DV_MA_007 Manual de toma transporte conservación y emisión de muestras v2
- DV_MA_008 Manual de control de calidad externo
- DV_MA_009 Manual de control de calidad interno
- DV_MA_010 Manual de procesamiento de química de coagulación
- DV_MA_011 Manual de procesamiento de química de química clínica
- DV_MA_016 Manual de procesamiento técnico de inmunología básica y serología v2

Programa

- DV_EP_001 Programa de reactivos / Vacuna

Registros

- DV_PT_020 Formato de análisis control de calidad interno v2





Adicionalmente, y por el volumen de información se realizó adquisición del sistema de información de gestión institucional en el cual se inició parametrización del módulo de documentación en el aplicativo DARUMA, para no solamente migrar la información trabajada por habilitación de los servicios, sino incorporar la gestión administrativa.

Políticas: El hospital cuenta con las siguientes políticas: Uso y re-uso; seguridad del paciente; Humanización, contables y financieras; IAMI, seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, cero papeles, política de gestión del riesgo

Indicadores: El Hospital ha definido indicadores que facilitan medir eficiencia y efectividad y evaluar el avance de la ejecución de su gestión en los siguientes planes:

Plan Indicativo Cuatrienal

Plan de acción en Salud 2017 -PAS

Plan de gestión del Gerente

Programa de saneamiento Fiscal y Financiero

Indicadores de Calidad – Resolución 256 de 2016

Indicadores de seguridad del paciente

Se inicio la aplicación del módulo de indicadores en el aplicativo de gestión institucional DARUMA, en donde se registra información de la vigencia 2019.

Servicio al ciudadano: Se realizó el tercer y último seguimiento a la estrategia racionalización de trámites, rendición de cuentas, servicio al ciudadano y transparencia y acceso a la información a través del plan anticorrupción y de servicio al ciudadano para la vigencia 2018.

El hospital cuenta con una unidad funcional denominada SIAU, quien implementa procedimiento para la gestión de estas de las PQRS, cuenta en su página web con un formulario para la recepción de estas y garantiza a través del libro radicado un código único para cara uno de estos casos y se responden en los términos de ley. Así mismo y con base en las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios se implementan acciones para mejorar los servicios.

Participación ciudadana y rendición de cuentas: Tiene implementada actividades a través de la audiencia de rendición (ejercicio con mayor éxito que se realiza dos veces al año) de cuenta y la participación en la asociación de usuarios.

Racionalización de trámites: Se definieron acciones a través del plan anticorrupción y de servicio al ciudadano y se realizó el tercer seguimiento para la vigencia 2018. Se encuentran en el sistema de información del SIUT 9 trámites del hospital entre ellos: Historia clínica, Radiología e imágenes diagnósticas, Asignación de cita para la prestación de servicios en salud, Certificado de defunción, Terapia, Examen de laboratorio clínico, Certificado de nacido vivo etc.

Transparencia y acceso a la información pública y gobierno en línea:

.

2.4.3 Recomendaciones



- Definir estructura de despliegue para implementación y medición de las políticas de operación existentes en el hospital, así mismo definir las políticas referidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión
- Revisar la pertinencia de gestionar un mecanismo, aplicativo o sistema de información para la actualización la administración de la documentación y gestión de los indicadores
- Gestionar la revisión y aprobación del Plan Estratégico de Tecnologías de la información
- Revisar la aplicación de intercambio de datos con la gobernación de Cundinamarca a través del SIUS financiero.

2.5 COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Este componente busca asegurar la información base para conocer el estado de los controles, así como el avance y la gestión del hospital. Así como la comunicación que facilita que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades frente a la gestión institucional. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **57.62 puntos** ubicándose de en el quintil número 1, es decir **BAJO DESEMPEÑO**.

Figura 10 Resultados componente Información y comunicación



Fuente: http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipq_junio_2018

En este componente incorpora los temas de la dimensión de información y comunicación cuyos resultados se muestran a continuación:

Figura 11 Resultados dimensión gestión Información y comunicación





Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg. junio 2018>

La dimensión de información y comunicación obtuvo como resultado, **Figura 11**, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, la política de gestión documental se ubicó en un segundo quintil y la política de transparencia y acceso a la información y lucha contra la corrupción se ubicó en el quintil 1, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

Los resultados obtenidos en la política gestión documental se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i)Planeación, producción, organización, transferencia, conservación y preservación de la gestión documental, (ii) Implementación de tecnologías en la gestión documental (iii) nivel de apropiación de cultura en la gestión documental. De igual forma, la política de transparencia y acceso a la información y lucha contra la corrupción se deriva de los índices que evalúan los temas de: (i) Divulgación proactiva de la información y sistema de seguimiento, (ii) lineamientos para el manejo y seguridad de la información, y (iii) instrumentos de gestión de información publicados y criterios diferenciales para acceso entre otros. A continuación, se presenta un balance de los temas asociados a las políticas referidas en esta dimensión

2.5.1 Dimensión información y comunicación



Información y comunicación

En esta dimensión se articula todas las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, puesto que facilita al Hospital vincularse con su entorno y ejecutar sus actividades a través del ciclo de gestión para el cumplimiento de su misión.

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Fuentes de información	<p>El Hospital María Auxiliadora a través del Sistema de Información y Atención al Usuario -SIAU realiza encuestas a los usuarios sobre la satisfacción de los servicios, así mismo se canalizan y gestionan en consonancia con los procesos de la entidad las repuestas a quejas, peticiones y reclamos.</p> <p>Se documentó procedimientos para atención de Peticiones, quejas y reclamos, apertura de buzón y encuestas de satisfacción. Adicionalmente, cuenta con un inventario de activos de información.</p> <p>El hospital María Auxiliadora dispone del sistema de información de CNT donde se encuentra sistematizada la información de la Historia Clínica de los usuarios e información de facturación; y los asuntos contables de la entidad se manejan a través del aplicativo SINFA. Sin embargo, durante esta vigencia 2018 se adquirió los módulos administrativos de CNT para facilitar</p>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
	<p>la interface de la información asistencial y administrativa del hospital, se trabajó en la parametrización de módulos como activos fijos, cartera, glosas etc.</p> <p>De igual forma a partir de la adquisición del sistema de información DARUMA, con énfasis en la gestión institucional de trabajo la parametrización de sus módulos como, riesgos, documentación, habilitación, eventos adversos, acreditación, planeación, auditorias, indicadores etc.</p>
Gestión documental	<p>El Hospital María Auxiliadora acorde con la normativa prevista para este tema expidió en el año 2012 la Resolución número 042, por la cual se adoptan las tablas de Retención Documental de la Entidad. Durante la vigencia 2018 revisó la calidad de los instrumentos archivísticos definidos para la entidad Programa de gestión documental, PINAR, TRD etc., a través de un diagnóstico que identificó las fortalezas y debilidades del asunto y facilitó al hospital orientar las acciones y plan de trabajo para vigencia 2019.</p>
Transparencia y acceso a la información pública	<p>La entidad cuenta con mecanismos para interponer PQRSD, dispone de localización en física con horarios y días de atención, tiene un organigrama, normatividad general y reglamentaria, ejecución presupuestal histórica anual, plan estratégico institucional y plan de acción anual, plan anticorrupción y de atención al ciudadano, informes de gestión, publicación de la información contractual y la oferta de servicios del hospital y en su página web. Se inicia seguimiento de con matriz dada por la gobernación de Cundinamarca para el cumplimiento de Transparencia de la Ley 1712 de 2014</p> <p>Existe Plan estratégico de Tecnologías de la Información PETIC para el hospital, el estándar GEL –XLM en la implementación de intercambios de información con otras entidades CNT datos trasmite hacia la Gobernación de Cundinamarca a través del SIUS asistencial</p>

2.5.2. Recomendaciones

- Continuar con la implementación de los sistemas de información CNT módulos administrativos y DARUMA Gestión Institucional
- Trabajar en la actualización y adecuación de los instrumentos archivísticos del hospital.
- Continuar con la actualización permanente de la información de la página web del hospital y de los demás elementos incorporados en la ley de transparencia y acceso a la información.
- Revisar la aplicación de intercambio de datos con la gobernación de Cundinamarca a través del SIUS financiero

2.6 COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO



Este componente orienta las actividades de control permanente y evaluaciones periódicas sobre la ejecución de los planes, programas y proyectos, así como los resultados de la gestión para la identificación de las oportunidades de mejora. De acuerdo con los resultados del índice de control interno en este componente obtuvo un resultado de **53.31 puntos** ubicándose de en el quintil número **1**, es decir **BAJO DESEMPEÑO**.

Figura 12 Resultados componente actividades de monitoreo



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg.junio.2018>

En este componente incorpora los temas de la dimensión de evaluación de resultados y gestión del conocimiento, cuyos resultados se muestran a continuación

Figura 13 Resultados dimensión gestión del conocimiento y sus políticas



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg.junio.2018>

La dimensión de gestión del conocimiento obtuvo como resultado, Figura 13, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el primer grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Los resultados obtenidos en la política gestión documental se derivan de los índices que evalúan los temas de: (i) fomento de espacios de gestión del conocimiento para generar soluciones innovadoras (ii), aprendizaje institucional y adaptación a nuevas tecnologías (iii) Eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión institucional



Figura 14 Resultados dimensión evaluación de resultados y sus políticas



Fuente: http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg_junio_2018

La dimensión de evaluación de resultado obtuvo como resultado,


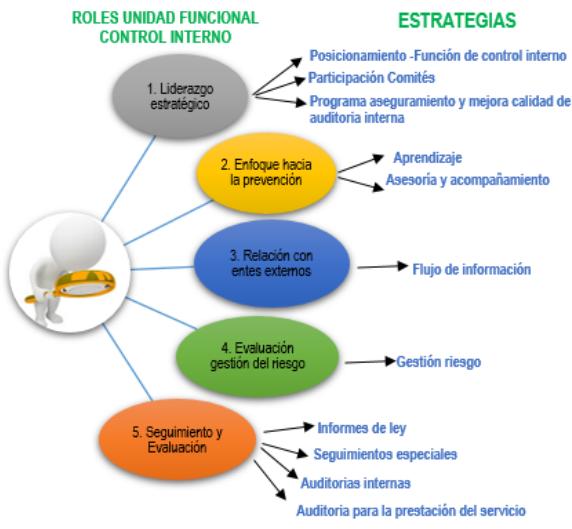
Figura 14, un **BAJO DESEMPEÑO**, dado que se ubicó en el segundo grupo de los quintiles de los valores de referencia de esta medición. Así mismo, la política de evaluación de desempeño se ubicó en el quintil 1, indicado como resultado un **BAJO DESEMPEÑO**.

2.6.1 Balance

TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Gestión del conocimiento	<p>El conocimiento adquirido por los servidores de la entidad a través del ejercicio de sus funciones es documentado con las actividades de documentación de los procesos y procedimientos, protocolos y demás documentos que apoyan la ejecución de las actividades de los procesos del Hospital.</p> <p>La entidad registra la información de las actividades de sus procesos a través de aplicativos CNT, SINFA, archivo físico, computadores asignados a los colaboradores, medios físicos (papel), hojas de cálculo o archivos digitales que reposan en los computadores de cada persona y e información que reposan en servidores internos de la entidad y bases de datos y sistemas de información a modo de página web.</p> <p>Se desarrolla jornada de aprendizaje institucional en el marco del cierre del plan de sistema único de Acreditación</p>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
<p>Auto evaluación del control y gestión</p>	<p>En el hospital se realizan comités periódicos de carácter misional y administrativos donde se presentan y realizan seguimiento a la gestión de los temas para los cuales fue creado. Así mismo ejecutó las actividades del plan de humanización para la vigencia 2018</p> <p>E hospital elaboró instrumentos y realizó los seguimientos de su gestión, entre estos, plan indicativo, PAS, PSFF, indicadores de calidad 256, indicadores de seguridad del paciente, indicadores financieros, presupuestable y contables, etc.</p> <p>Realizó al inicio de la vigencia la ULG, Unidad Local Gerencial con la participación del personal del hospital donde se mostraron los resultados del hospital</p> <p>El hospital presentó atendiendo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública la encuesta del MECI 2017 en el marco del Modelo integrado de Planeación y Gestión., obteniendo lo siguientes resultados de 59 puntos para el índice de control interno y de 58.87 para el Índice de gestión de desempeño institucional. Y se encuentra en el diligenciamiento de la evaluación del FURAG para la vigencia 2018.</p>
<p>Auditoria interna</p>	<p>El comité de Coordinación de Control Interno aprobó el plan anual de la vigencia 2019 contentivo de 5 estrategias: elaboración de informes de ley, seguimientos especiales, auditorías internas, auditoria de calidad en la prestación de servicios y participación en comités institucionales.</p> <p style="text-align: center;"><i>Figura 1. Estructura plan anual auditorias vigencia 2019</i></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">  <p>SISTEMA INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO</p> <p>Planificadas: 188 actividades para verificación, evaluación y fortalecimiento</p> </div> <div style="flex: 2;">  <p>ROLES UNIDAD FUNCIONAL CONTROL INTERNO</p> <ol style="list-style-type: none"> Liderazgo estratégico <ul style="list-style-type: none"> Posicionamiento -Función de control interno Participación Comités Programa aseguramiento y mejora calidad de auditoría interna Enfoque hacia la prevención <ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje Asesoría y acompañamiento Relación con entes externos <ul style="list-style-type: none"> Flujo de información Evaluación gestión del riesgo <ul style="list-style-type: none"> Gestión riesgo Seguimiento y Evaluación <ul style="list-style-type: none"> Informes de ley Seguimientos especiales Auditorías internas Auditoria para la prestación del servicio </div> </div>





TEMAS	ESTADO – AVANCES- FORTALEZAS
Planes de mejoramiento	<p>El hospital realizó del plan de mejoramiento resultado de la auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad integral a la vigencia fiscal 2017, el plan fue aprobado en el mes de enero por la contraloría de Cundinamarca, y presentó el seguimiento final para el plan de mejoramiento para la vigencia fiscal 2016 a este mismo ente de control</p> <p>También el hospital formuló plan de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación como resultado de la autoevaluación. Así como para los resultados de los informes de la revisoría fiscal.</p> <p>El hospital parametrizo el módulo de planes de mejoramiento el aplicativo DARUMA. Así mismo definió un manual para orientar la gestión de la mejora de la entidad, y diseño el formato de intervención para la mejora.</p>

2.6.2 Recomendaciones

- Implementar los módulos de planes de mejoramiento y auditorias del sistema de gestión institucional DARUMA.
- Establecer los mecanismos para trabajar en la medición y cierre de efectividad de las acciones de mejora que se generen en los proceso y gestión del hospital.

ORIGINAL FIRMADO

LYNDA JOANA PEÑA HURTADO
Profesional Universitario
Líder unidad funcional Control Interno

