



**Informe Cuatrimestral
Pormenorizado del Sistema de
Control Interno
Periodo Julio a Octubre 2019**

Mes: Noviembre Año: 2019

**Oficina
Control Interno y
Evaluación**



Alcaldía de Medellín

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. AMBIENTE DE CONTROL	5
2.1 Aseguramiento del ambiente de Control	5
2.1.1 Compromiso con la Integridad.....	5
2.2 Fortalecimiento del Ambiente de control	6
2.2.2 Evaluación cumplimiento del plan de acción.....	6
2.2.3 Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Proceso:.....	7
2.2.4 Asegurar adecuada gestión del talento humano	10
2.2.5 Implementación del sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	12
2.2.6 Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano	14
3. ASEGURAR LA GESTIÓN DEL RIESGO	15
4. ACTIVIDADES DE CONTROL	19
4.1 Políticas de Operación y procedimientos.....	19
4.3 Seguimiento bimestral del plan de acción.....	20
4.4 Monitorear la Gestión de riesgos.....	21
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	21
Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación y Comunicación Organizacional para el mejoramiento	21
5.1 Comunicaciones	21
5.1.1 Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación	22
No se tiene referencia de avances en este programa	22
5.1.2 Comunicación Organizacional para el mejoramiento	22
5.1.2.1 Indicador proporción de ejecución del plan de comunicaciones.....	22
5.2 Sistemas de Información	24
5.2.1 Proyecto Inteligencia de negocios	24
5.2.2 Proyecto Fortalecimiento de la Gestión Documental.....	24
5.2.3 Proyecto Desarrollo de la infraestructura informática.....	24
5.2.4 Proyecto implementación de nuevas funcionalidades.....	25
5.2.5 Proyecto Desarrollo de Telesalud.....	26
6. ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISION	26

6.2	Sistema Único de Acreditación	27
6.3	Cumplimiento del PAMEC	28
6.4	Planes de Mejoramiento de los equipos de acreditación	28
6.5	Indicador de Mejoramiento de la Calidad	29
6.6	Rondas de calidad	29
6.7	Auditoria de Paciente Trazador.....	30
6.8	Cumplimiento de la gestión de los comités de la ESE.....	31
6.9	Auditorias de la oficina de Control Interno.....	31
6.10	Informes de Ley a cargo de la oficina de control interno.....	32
6.11	Seguimiento a los planes de Mejora.....	32
6.12	Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias	33
6.12.1	Quejas.....	34
6.12.2	Reclamos.....	35
6.12.3	Reconocimientos	36
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno y Evaluación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y siguiendo los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, presenta el informe pormenorizado cuatrimestral sobre el estado del Sistema de Control Interno de la ESE, correspondiente al período julio a octubre de 2019.

Este informe se presenta acorde con la estructura MECI, enfocado en la séptima dimensión de control interno de MIPG.

El informe identifica los avances en cada uno de los componentes del MECI:

Ambiente de control,

Evaluación del riesgo,

Actividades de control,

Información y Comunicación, y

Actividades de Monitoreo.

Componentes de la estructura del MECI



Para la realización del informe se toma como fuentes los informes de evaluación del plan de acción con corte al 5° bimestre.

2. AMBIENTE DE CONTROL

Este componente tiene como propósito asegurar un ambiente de control que le permita a la Entidad disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Requiere del compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

“Una entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno”.

2.1 Aseguramiento del ambiente de Control

2.1.1 Compromiso con la Integridad

La entidad realizó un ejercicio participativo para la definición del Código de Integridad de acuerdo con los lineamientos del Departamento de la Función Pública, aprobado el 15 de agosto de 2019.

El código adopta los valores de los servidores públicos, honestidad, respeto compromiso, diligencia y justicia; adicionando un valor más que es el de humanidad.

A la fecha del informe no se han iniciado las reuniones del equipo responsable de la gestión de integridad.

En el mes de octubre se realizó la encuesta para evaluar la percepción ética a una muestra estadísticamente significativa de los servidores de la entidad.

Nivel del cargo	Población	Seleccionados		Participantes		
		Muestra	Peso	Diligenciados	Peso	Ejecución
Directivo y Asesor	19	3	1%	12	4%	379%
Profesionales	725	121	37%	119	38%	98%
Técnicos	156	26	8%	35	11%	134%
Asistenciales	890	148	46%	139	44%	94%
Trabajadores Oficiales	146	24	8%	9	3%	37%
TOTAL	1936	323	100%	314	100%	97%

Obteniendo como resultado promedio de las diferentes categorías de análisis de 82% que la sitúa en un rango de excelencia, mejorando con relación a la evaluación del año anterior que fue de 79%, donde se identificaban algunas debilidades.

La categoría con puntuación más baja fue la relación con contratistas y proveedores. Ver imagen.

ESE METROSALUD OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DE LA GESTIÓN ÉTICA PRESENTACIÓN POR CATEGORÍAS Y POR NIVELES DE CARGO 2018 y 2019									
No.	CATEGORIAS DE ANÁLISIS	DIRECTIVO		PROFESIONAL		TECNICO/ ASISTENCIAL Y TRABAJADORES		GENERAL	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
1	Principios y valores éticos personales	99	100	96	97	96	95	96	96
2	Principios y valores éticos en la entidad.	72	73	73	74	72	74	72	74
3	Liderazgo de los directivos en la gestión ética.	77	83	77	77	75	80	75	79
4	Relaciones con los servidores públicos.	81	86	82	85	80	82	80	83
5	Relaciones con los contratistas y proveedores.	76	85	66	70	65	69	65	70
6	Relaciones con otras entidades públicas.	86	88	77	81	77	81	79	81
7	Relaciones con la comunidad	85	88	82	86	81	84	82	85
8	Relaciones con el medio ambiente.	78	89	82	86	83	87	84	87
9	Construcción y aplicación del referente ético.	67	91	78	82	77	82	77	81
	PROMEDIO GENERAL DE LA ENTIDAD	80	87	79	82	78	81	79	82

En la ESE Metrosalud, la alta dirección promueve la implementación y fortalecimiento permanente del sistema de control interno. Se destacan las siguientes actividades:

2.2 Fortalecimiento del Ambiente de control

2.2.1 Compromiso de la Alta Dirección con el sistema de control interno

Comité institucional de Control Interno

Conformado por acto administrativo Resolución 1419 del 19 de diciembre de 2018.

Durante la vigencia de 2019 se han realizado 3 reuniones del comité, se tiene programada la próxima para el 5 de diciembre donde se presentará la propuesta del plan anual de evaluaciones.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño:

Conformado por la Resolución 3315 del 21 de junio de 2019.

A la fecha del informe no se han iniciado las reuniones las cuales están definidas por realizarse bimestralmente.

2.2.2 Evaluación cumplimiento del plan de acción

El comité Técnico ampliado evalúa el cumplimiento del plan de acción cada bimestre. En el 4° y 5° bimestre del año, se reporta un resultado promedio de las 5 líneas

estratégicas del 70% con corte al 31 de octubre de 2019. En la siguiente tabla se presentan los resultados por cada línea estratégica.

	Cumplimiento de lo programado por Bimestre						Avance acumulado del Plan de Acción 2019
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	
Línea 1: La prestación de servicios de salud basados en APS	96%	87%	85%	85%	90%	0%	75%
Línea 2: El Sistema Integrado de Gestión	88%	84%	89%	95%	91%	3%	63%
Línea 3: La Eficiencia Administrativa y Financiera	90%	83%	88%	88%	89%	0%	71%
Línea 4. El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	86%	79%	89%	90%	88%	1%	62%
Línea 5. Talento humano fuente del desarrollo	96%	95%	98%	97%	100%	0%	68%
% Cumplimiento del Plan de Acción	92%	86%	89%	90%	92%	1%	70%

En la carpeta compartida de la red se encuentran las evidencias y los planes de mejoramiento de cada una de las líneas.

2.2.3 Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Proceso:

La ESE Metrosalud continua fortaleciendo su modelo de operación por procesos, avanzando en la actualización de la documentación de los procesos.

Se inició la implementación del software Almera el cual servirá para la gestión del sistema Integrado de Gestión organizacional. Con corte al mes de octubre se reportan en el informe de plan de acción bimestre 5 los siguientes logros:

LOGROS
<p>Módulo de documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Módulo parametrizado de acuerdo con las necesidades de la institución <input type="checkbox"/> Configuración para documentación de programas y sistemas de gestión <input type="checkbox"/> Inicio del proceso de cargue. ✓ 21 Caracterizaciones de procesos ✓ 102 procedimientos ✓ 714 documentos anexos a procesos
<p>Módulo mecanismos de integración</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Módulo parametrizado para los comités y reuniones sistemáticas de la organización (Nivel central y por UPSS) <input type="checkbox"/> Capacitación a los secretarios de comités y equipo directivo (70 servidores) <input type="checkbox"/> Implementación oficial a partir del 1 de octubre de 2019 ✓ 104 comités creados con acto administrativo y usuarios asignados ✓ 95 actas realizadas en el sistema

AVANCE DEL PROYECTO

Módulo	Estado
Mecanismos de integración	En producción
Documentacion	En producción
Seguridad del paciente	En producción
Evaluación y mejoramiento	En producción
Riesgos	En parametrización
Planeación estratégica	En parametrización
Indicadores	En parametrización

Aspectos a mejorar en los diferentes módulos:

Módulo de documentación

- Capacitar a los funcionarios y líderes de proceso.
- Culminar la preparación de documentos para enviar a carga masiva (2ª entrega)

Módulo mecanismos de integración

- Realizar seguimiento sistemático al uso del módulo

Módulo seguridad del paciente

- Realizar seguimiento sistemático al uso del módulo

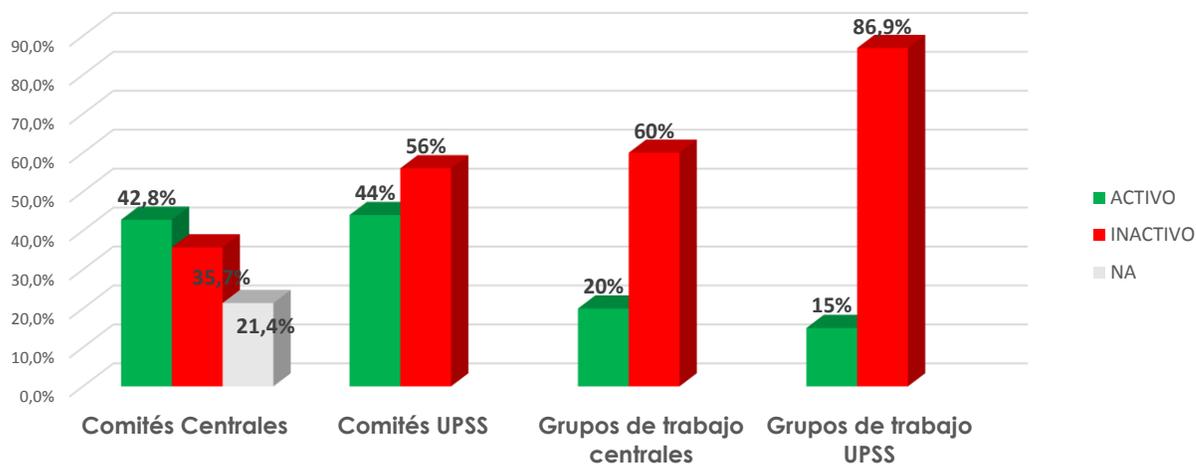
Módulo de evaluación y mejoramiento

- Garantizar la realización de todas las auditorias en la herramienta (habilitación, control interno, paciente trazador, etc.)

Garantizar la cuenta de correo institucional a todos los funcionarios

La operatividad del módulo de mecanismos de integración todavía es limitada frente a la directriz de implementarlo en todas las sedes desde el mes de octubre. En la imagen se identifica el grado de implementación de este módulo en los diferentes comités siendo en promedio del 59,4%.

**Operatividad Módulo Mecanismos de Integración SGI Almera. Metrosalud
Octubre A Noviembre de 2019**

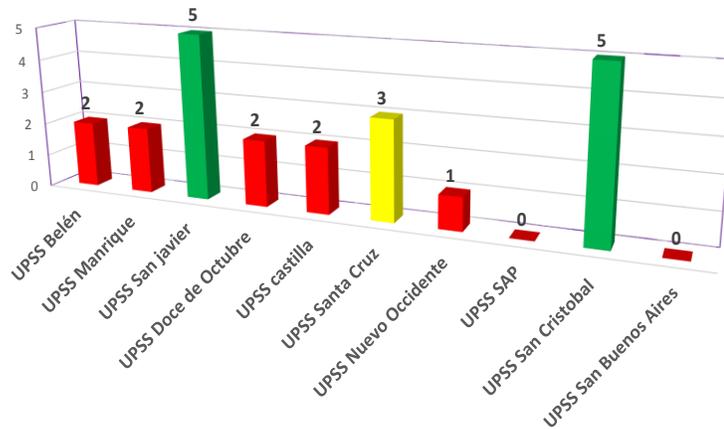


En la siguiente imagen se presentan los comités y su grado de implementación en Almera

Comités Centrales Implementados	Comités Centrales Inactivos	Comités Centrales en Término (Periodicidad trimestral, semestral y anual)
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de ética en investigación • Comité de ética Hospitalaria • Comité de Gerencia • Comité de Gerencia ampliado • Comité de Gestión Ambiental • Comité de Historias Clínicas • Comité de Recomendación y Adjudicación • Comité de Seguridad del Paciente • Comité institucional de Gestión y Desempeño • Comité Técnico de Prestación de Servicios • Comité de vigilancia en salud pública e infecciones asociadas a la atención en salud – IAAS (COVE). • Comité de Convivencia Laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Capacitación • Comité de Conciliación de defensa judicial • Comité de Coordinación de Control Interno – CCCI • Comité de Emergencias y desastres • Comité de Farmacia y Terapéutica • Comité de Transfusión sanguínea Financiero • Comité Paritario Salud Ocupacional COPASST • Comité técnico de procesos de apoyo • Sesiones Ordinarias de la Comisión de Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Archivo • Comité de Auxilio para educación • Comité de Bienestar Social e incentivos • Comité de Docencia Servicio • Comité de Vivienda • Técnico de sostenibilidad contable
12	10	6

A implementación de los comités en cada una de las UPSS en promedio es del 42% como se ve en la imagen.

**Total Comités Implementados Por UPSS.
Octubre a Noviembre de 2019.**



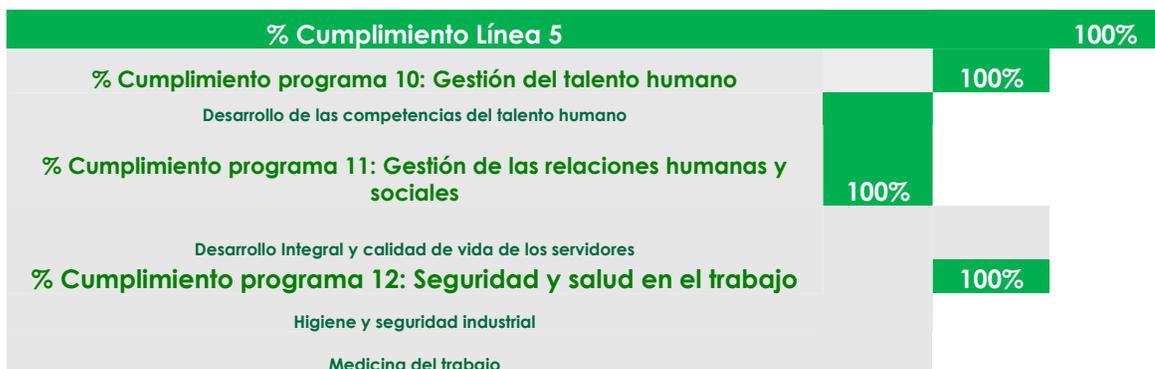
Comités UPSS	Comité Técnico UPSS	Comité de vigilancia en salud Pública (COVE)	Comité de Seguridad del paciente	Comité de Emergencias y Desastres	Comité de Promoción y Prevención UPSS
Cumplimiento	60%	40%	30%	40%	40%

2.2.4 Asegurar adecuada gestión del talento humano

“Un Ambiente de Control se fortalece al asegurar en la entidad una adecuada gestión estratégica del Talento Humano, que facilite el logro de los objetivos y resultados institucionales” (Manual Operativo del MIPG)

Plan Estratégico de Talento humano 2018-2020: el cual tiene como objetivo fortalecer las condiciones laborales y las competencias del talento humano, que contribuyan a una atención humanizada y a la satisfacción de necesidades y expectativas del servidor y su familia.

Con corte a 31 de octubre se tiene un cumplimiento del 100% de las metas de los programas de la línea 5 del plan de desarrollo, como se aprecia en la siguiente imagen.



Se continúa con la implementación de la convocatoria para concurso de méritos 426 la cual con corte al 5° bimestre se encuentra en el estado referenciado en la siguiente imagen.

SOLICITUD VACANCIA TEMPORAL	NOMBRADOS	SOLICITUD DE PRORROGA	POSESIONADOS	RENUNCIAS AL NOMBRAMIENTO	PENDIENTE DE ACEPTACION	RENUNCIAS EN PERIODO DE PRUEBA
13	794	1	717	71	1	29

RENUNCIAS EN PERIODO DE PRUEBA										
P. U Coordinador C.S	P.E Financiera	Técnico Operativo	Auxiliar de Enfermería	Auxiliar Administrativo	Auxiliar de Odontología	Auxiliar Jurídico	Bacterióloga	PU Analista	Profesional Especializado	Enfermera
1	1	7	2	9	2	1	1	1	3	1

Con corte al 5° bimestre esta es la planta de empleos de la ESE Metrosalud

PLANTA DE CARGOS ESE METROSALUD AL 31 DE OCTUBRE DE 2019			
	N° DE PLAZAS DISPONIBLES	N° DE PLAZAS OCUPADAS	VACANTES
PLANTA ORDINARIA	1844	1776	68
PLANTA TEMPORAL	425	418	7
TOTAL	2269	2194	75

A la fecha del informe se tiene cumplimiento del 100% de las metas de los programas la gestión estratégica del talento humano excepto los siguientes:

- Proporción de colaboradores capacitados 94%
- Proporción de servidores con compromisos socializados y evaluados. 98%
- Porcentaje de compromisos concertados 97%
- Realización de las evaluaciones de desempeño 95%

Se está en proceso de revisar las hojas de vida de los servidores públicos para verificación del cumplimiento de los requisitos según el sistema único de habilitación, a la fecha del informe se tiene un cumplimiento de requisitos del 80%.

2.2.5 Implementación del sistema de Seguridad y salud en el trabajo.

Proyecto de higiene y seguridad industrial

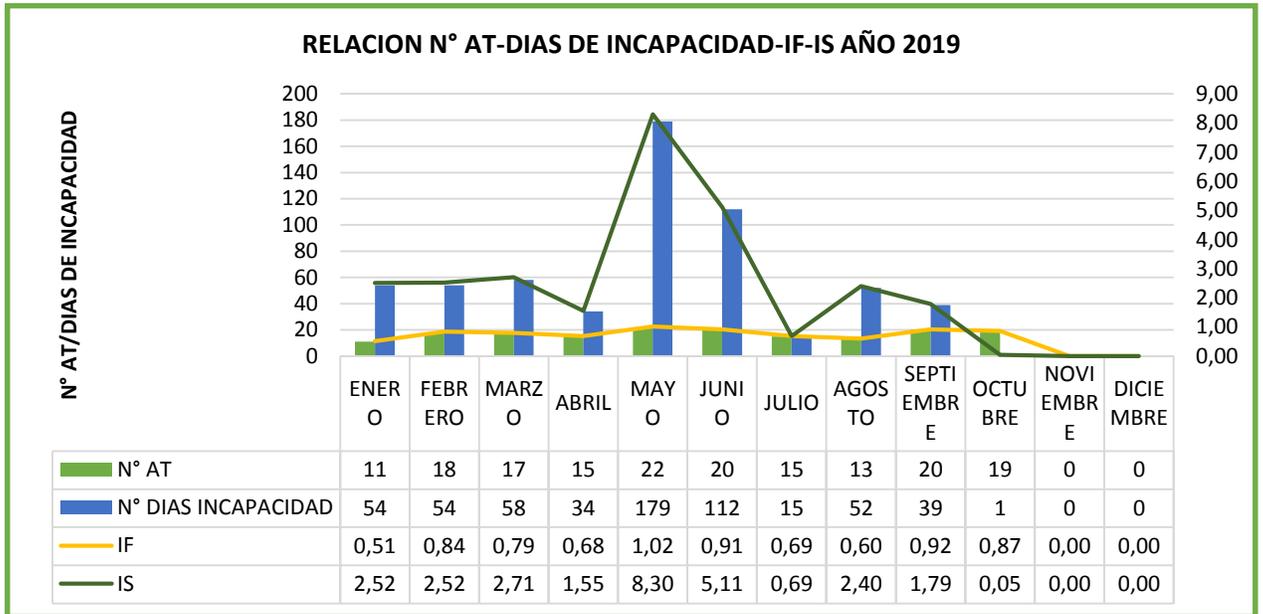
Producto	Meta Programada	Meta	% Cumplimiento
		Ejecutada	
Cobertura de despliegue de estándares de Riesgo biológico y osteomuscular 60% de servidores y 50% de contratistas	45,83%	45,83%	100%
Cobertura de capacitación en uso de EPP	100%	100%	100%
Inventario de puestos de trabajo ergonómicos elaborados	3 puestos estandarizados y 12 puestos con seguimiento	3 puestos estandarizados y 12 puestos con seguimiento	100%

Informe y análisis de incidentes y accidentes	1	1	100%
Índice de cumplimiento SG-SST (componente HYS)	75%	75%	100%

Indicadores

1. Accidentalidad de servidores públicos

	Servidores Públicos	Contratistas
Índice de frecuencia	0.87	0.32
Índice de severidad	0.05	0.00

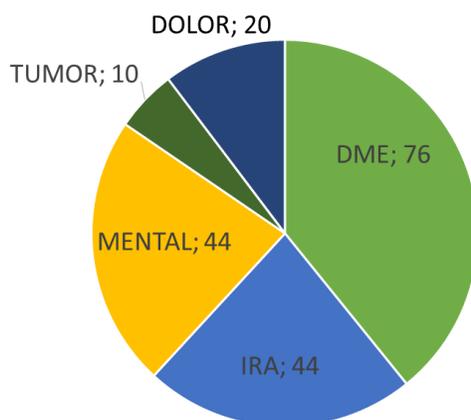


2. Ausentismo laboral

El ausentismo no medico equivale al 63%

AUSENTISMO	HORAS	COSTO
NO MEDICO	5813	\$ 339.118.130
MEDICO	3411	\$ 297.700.221
TOTAL	9224	\$ 636.818.351

3. Cinco primeras causas de morbilidad en la ESE



2.2.6 Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano

En el mes de septiembre se hizo seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano con corte al 31 de agosto de 2019 por la oficina de control interno y evaluación, el cual obtuvo un resultado promedio de todos los componentes de 87% de cumplimiento, el cual lo sitúa en un nivel alto de acuerdo a los lineamientos del documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano" Versión 2; solo el componente de atención al ciudadano presenta un cumplimiento bajo con 58%, este resultado debido a que de las 5 actividades formuladas 2 tiene avance parcial y 3 sin avance.

Tomado del informe de seguimiento 2 al plan anticorrupción y atención al ciudadano

Cuadro 1. Resultado del seguimiento segundo cuatrimestre 2019

SEGUNDO SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACION					
Fecha de seguimiento:	Septiembre de 2019				
Componente	Actividades programadas para ejecutar en el primer cuatrimestre	Actividades cumplidas	Actividades sin avance	Actividades cumplidas parcialmente	Porcentaje de Avance con Corte al 31 de agosto de 2019
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción	6	5	1		83%
Componente 2: Racionalización de trámites	4	3		1	93%
Componente 3: Atención al ciudadano	10	4	3	3	58%
Componente 4: Rendición de cuentas	12	12			100%
Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información	6	6			99%
Cumplimiento	38	30	4	4	87%

El informe y el mapa de riesgos de corrupción se encuentran publicados en la página web de la ESE Metrosalud <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion>.

El componente de transparencia y acceso a la información es el que presenta una variación positiva frente al periodo anterior pasando del 79% al 99%

El mapa de riesgos de corrupción se encuentra formulado y actualmente en proceso de actualización de acuerdo a la metodología de la Función Pública. De acuerdo a este mapa no se encuentra ningún riesgo inherente de corrupción en niveles alto o extremo.

3. ASEGURAR LA GESTIÓN DEL RIESGO

Identificar, evaluar y gestionar los riesgos institucionales es un proceso efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la Entidad, que le permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de sus objetivos institucionales.

De acuerdo a la nueva estructura de procesos la Gestión de Riesgos en la ESE Metrosalud se encuentra definida en el Proceso de Desarrollo del Sistema de Gestión; vinculada a la etapa de “implementar el sistema integrado de gestión”.

Los lineamientos de la Gestión riesgos se encuentran documentados en la política y el programa: el cual incluye los riesgos de proceso, los de corrupción, los riesgos de lavado de activos y financiamiento del terrorismo (SARLAFT) y recientemente los riesgos de seguridad digital.

Elementos del Programa de Gestión de Riesgos ESE Metrosalud



A la fecha del informe la entidad cuenta con un mapa de riesgos identificados en el año 2017, el cual no ha sido actualizado en la vigencia anterior. Solo hasta el mes de octubre se inició la actualización.

Se cuenta con un plan para la intervención de los riesgos al cual no se realizaron seguimientos por los líderes de proceso desde diciembre de 2018.

En el periodo evaluado se formuló plan para la actualización de los mapas de riesgos adecuándolos a la nueva metodología y al nuevo modelo de procesos, para ello se conformaron equipos de trabajo de cada proceso con un cronograma de reuniones las cuales iniciaron en el mes de octubre hasta el 20 de diciembre.

En el mes de octubre se inicia la elaboración del Mapa de Riesgos por proceso con los siguientes equipos, actividad que continua en el 6B:

Gestión Venta de Servicios

Gestión Jurídica

Gestión del Talento Humano

Gestión del Sistema de Información

Gestión Documental

Gestión del Control Interno Disciplinario

Gestión del Servicio Farmacéutico

Gestión de la Evaluación

Se elaboraron 8 piezas comunicacionales de nueve planeadas para sensibilizar sobre el tema

Para la vigencia 2019 se identificaron como riesgo de SARLAFT los siguientes:

FACTOR	NÚMERO RIESGO	RIESGO	PROCESO
CLIENTES	1	Establecer vínculos con proveedores o clientes (Persona Natural o Jurídica) que estén asociados a delitos de LAFT	Gestión Bienes y Servicios Gestión Venta de servicios Gestión Talento Humano
	2	Ingreso de activos de origen ilícito a la compañía a través de la presentación de documentación y/o información falsa por parte del cliente	Gestión Venta de servicios Gestión financiera (facturación usuarios)

FACTOR	NÚMERO RIESGO	RIESGO	PROCESO
	3	Ingreso de activos de origen ilícito a la compañía a través de la amenaza o sobornos a empleados de la compañía por parte de grupos ilegales	Gestión Venta de servicios Gestión financiera (facturación usuarios)
	4	No detectar operaciones inusuales y/o sospechosas de LAFT	Gestión Bienes y Servicios Gestión Venta de servicios Gestión Talento Humano Gestión financiera (facturación)
CLIENTES	5	Personal no competente en operaciones relacionadas con la prevención de LAFT	Gestión Bienes y Servicios Gestión Venta de servicios Gestión Talento Humano Gestión financiera (facturación) Sistema de Gestión organizacional (OC)
	7	Establecer vínculos con Personas Naturales y Jurídicas incluidas en las listas restrictivas	Gestión Bienes y Servicios Gestión Talento Humano Gestión Venta de servicios
	8	Complicidad por parte de funcionarios de Metrosalud, para establecimiento de relaciones con personas o grupos vinculados con actividades relacionadas con LAFT	Gestión Bienes y Servicios Gestión Venta de servicios Gestión Talento Humano Gestión financiera (facturación)

FACTOR	NÚMERO RIESGO	RIESGO	PROCESO
CANALES DE DISTRIBUCIÓN	9	Omisión de controles SARLAFT de debida diligencia en los puntos de atención	

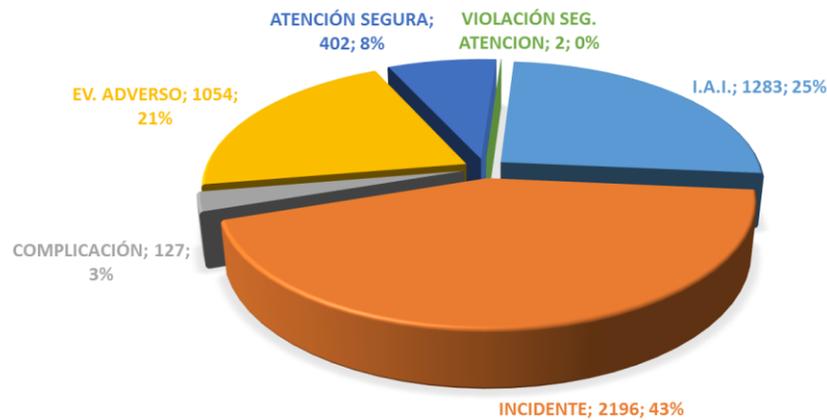
FACTOR	NÚMERO RIESGO	RIESGO	PROCESO
Unidades hospitalarias, Centros de Salud		(Este solo aplica para el reporte de pagos en efectivo)	

FACTOR	NÚMERO RIESGO	RIESGO	PROCESO
PRODUCTOS	NA	El producto es la prestación de un servicio, para el cual se hacen gestiones de contratación de recurso humano y compra de equipos, cuyo riesgo está en los procesos contractuales del factor de riesgo cliente.	
	NA	No se cuenta con información jurisdicciones en el caso de proveedores que es donde más aplica, y generalmente son de Medellín o de ciudades capitales	

Se tiene como parte de la implementación del software Almera la inclusión de la gestión de riesgos.

También hace parte de la gestión de riesgos los de seguridad clínica, los cuales se tramitan a través del programa de seguridad del paciente.

Según el informe del plan de acción con corte al 31 de octubre en la ESE se han reportado 6503 notificaciones, de las cuales el 21% fueron eventos adversos como se aprecia en la imagen.



De estos eventos el 33,4% están asociados al uso de medicamentos y de estos el 60,1% son por errores en la prescripción.

A partir del 1 de noviembre de 2019 se trasladó el reporte de las notificaciones al software Almera.

4. ACTIVIDADES DE CONTROL

El manual operativo del MIPG define las actividades de control como:

Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

Las actividades de control sirven como mecanismo para apalancar el logro de los objetivos y forma parte integral de los procesos, su objetivo es permitir el control de los riesgos identificados.

Se presentan las actividades de control realizadas por la segunda línea de defensa.

4.1 Políticas de Operación y procedimientos

- Actualización de los procesos y procedimientos de acuerdo al modelo de procesos vigentes.
- Avance en la actualización de la estructura documental asociando los diferentes tipos de documentos a las etapas de los procesos.

- Socialización de la documentación por parte de los líderes de los procesos al personal de las áreas.
- Implementación de los diferentes componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad

4.2 Planeación de las evaluaciones internas:

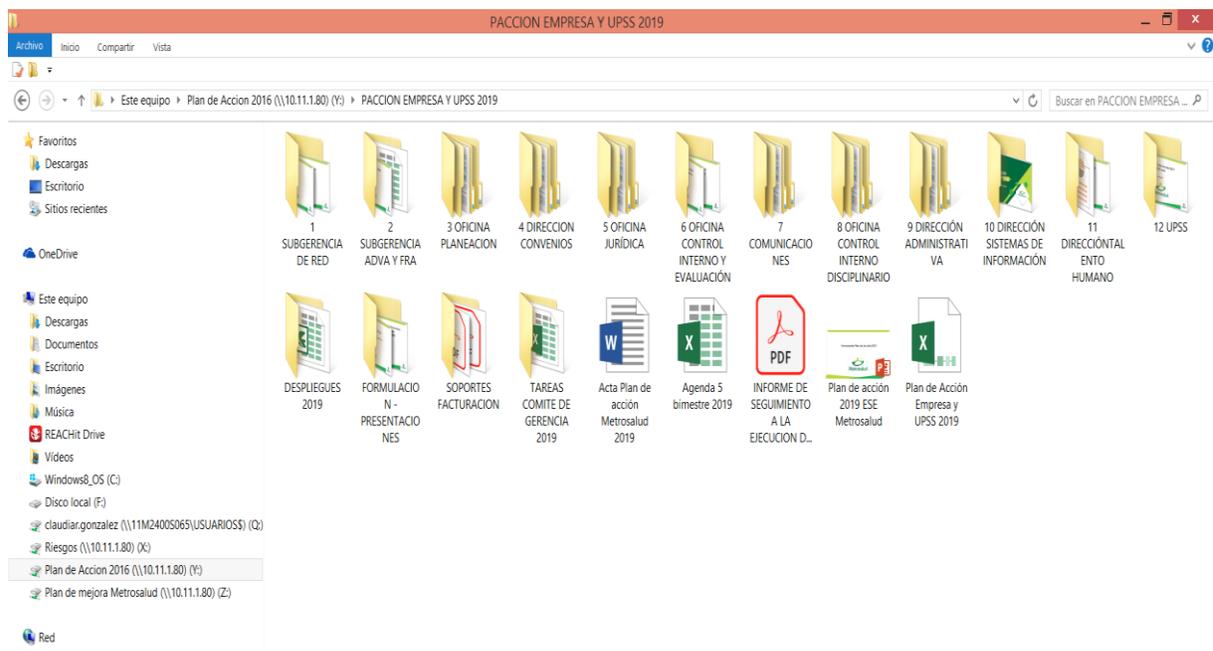
Desde la Oficina de Control Interno y Evaluación se realiza la planeación de las evaluaciones de procesos con enfoque en riesgos y en la ejecución de estas, se evalúa la **efectividad y diseño de los controles**, el manejo de los riesgos y el estado de los planes de mejora relacionados con la unidad auditable, entre otros.

A 31 de octubre se tiene un cumplimiento del 100% de las auditorías programadas.

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Plan Institucional de Evaluaciones Ejecutado	57	57	100%	

4.3 Seguimiento bimestral del plan de acción

Cada bimestre se realiza evaluación de los programas y proyectos del plan de desarrollo. Cada responsable aloja en la carpeta compartida de la red interna las evaluaciones y las evidencias. Este seguimiento lo realiza el comité técnico ampliado.



4.4 Monitorear la Gestión de riesgos

En la vigencia 2019 se hizo seguimiento por parte de la oficina de control interno en el cual se identifica que solo se ejecutó hasta diciembre de 2018, con un cumplimiento del 42%, verificado en el mes de mayo de 2019.

5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Este componente permite utilizar la información de manera adecuada y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos. Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos y en el entorno de cada entidad, que satisfagan las necesidades de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la Entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

La ESE Metrosalud cuenta con el Proceso Comunicación Organizacional el cual se adoptó a partir del 30 de septiembre de 2013 y tiene por objetivo: *“Implementar el Modelo de Comunicaciones Organizacional con el fin de fortalecer el flujo de información con los diferentes públicos y grupos de interés de la Entidad, así como fortalecer la cultura corporativa y la comunicación asertiva dentro de la organización”*. Este a su vez está compuesto por dos procedimientos:

La dimensión de información y comunicación está en la línea estratégica 4 del plan de desarrollo: *“El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional”*

Para la vigencia 2019 se incluyeron en el Plan de Acción dos programas:

Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación y Comunicación Organizacional para el mejoramiento

Con corte al 31 de octubre se obtuvieron los siguientes resultados

5.1 Comunicaciones

% Cumplimiento Línea 4: El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	
% Cumplimiento Programa 8: Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación.	
% Cumplimiento Proyecto: Comunicación organizacional para el mejoramiento.	88%

5.1.1 Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación

No se tiene referencia de avances en este programa

5.1.2 Comunicación Organizacional para el mejoramiento

5.1.2.1 Indicador proporción de ejecución del plan de comunicaciones

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Comunicación interna	Comunicación interna operativa	6 %	5,75 %	95,83 %
	Comunicación para el mejoramiento de la calidad	1,67 %	0,83 %	50 %

En el periodo evaluado se realizaron las siguientes actividades

- Boletines electrónicos: Redacción, diagramación y réplica de @Latidos, En Junta y Notiguías.
- Publicaciones institucionales: Piezas gráficas electrónicas, infográficos, documentos, manuales, instructivos, presentaciones.
- Guiones informativos: Se elaboraron 4 guiones informativos, 1 por cada despliegue realizado en el Bimestre.
- Video educativo: Se grabó el video "Gestión y utilización de la estructura documental".
- Eventos Institucionales: Apoyo en la Planeación y organización del "Lanzamiento de Almera" y "Día del Servidor Público".
- Diseños realizados: 115 solicitudes de diseño atendidas
- Se apoyaron actividades del proceso de Acreditación a partir de los estándares o grupos: Cliente asistencial, Direccionamiento y Gerencia, Sistemas de Información.
- AVANCES EN EL PROYECTO DE SEÑALIZACIÓN:
 - o Instalación avisos de Urgencias
 - o Señalización UH Castilla 95%
 - o Señalización UH Belén 95%
 - o Señalización CS Pablo VI 95%
 - o Señalización Rayos X CISAMF

Propósito:

- o Señalización UH Manrique
- o CS Aranjuez
- o Portafolios de Servicio

Comunicación externa

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Comunicación externa	Información, Educación y Comunicación para el usuario	0,83%	0,83%	100%
	Comunicación institucional externa	N/A	N/A	N/A

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Gestión de la reputación institucional	Gestión redes sociales	0,83 %	0,70 %	84,4 %
	Divulgación y gestión de prensa	1,17 %	1,17%	100 %

- Instalación de Vallas – Ruta de Atención en Caso de Abuso Sexual
- Se realizaron 37 publicaciones a través de redes sociales: 18 publicaciones en Facebook, 18 en twitter, 1 en YouTube
- 207 solicitudes de información a través de la fan page de Metrosalud, de los cuales se atendieron 187, con un porcentaje de atención del 90,3%
- Se atendieron 7 solicitudes de medios de comunicación: Periódico el Colombiano, Universidad Luis Amigó, Tele Medellín, Revista Virtual Opinión y Salud, Hora 13 Noticias y El Colombiano. Temas: Atención a población venezolana, Construcción de la UH Buenos Aires, CISAMF, Servicio de Atención de Partos Belén, Unidad de Salud Mental.
- Se redactaron 2 boletines de prensa: Fortalecimiento de los servicios de salud, Atención a población venezolana.

En el siguiente cuadro se referencia la cobertura de las publicaciones en el Fanpage de Metrosalud y en Twitter

Publicación	Fanpage Metrosalud			Twitter
	Personas Alcanzadas	Interacciones	Veces compartida	Seguidores
Yo los protejo cuando los acuesto a dormir sin adolescentes ni adultos	12.228	539	75	12.000
Campaña de actualización de datos	6.964	126	17	
Encuesta hábitos de vida saludable	2.046	70	12	
Jornada de prevención cáncer de mama	2.155	32	11	
Hábitos de vida saludable – Alimentación saludable	2.261	123	11	
Hábitos de vida saludable – Actividad física	1.837	107	18	
Jornada de vacunación	14.798	538	42	
Simulacro Nacional de Emergencia	2.743	93	11	
Manejo de residuos hospitalarios	1.938	69	11	

5.2 Sistemas de Información

5.2.1 Proyecto Inteligencia de negocios

Incluye los siguientes productos

Diseño del (DECLI) detalle clínico

Numero de cubos para análisis y presentación de datos centralizado

Automatización de variables de ALPHASIG desde SAFIX (15 indicadores)

Diseño de repositorio y definición de ETL (Extracción, transformación y carga) para inteligencia de negocio incluyendo el Datawarehouse

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Fichas Técnicas de Los Indicadores Definidas	100%	97%	97%	

TOTAL INDICADORES TI	INDICADORES REVISADOS	% CUMPLIMIENTO
205	199	97%

TOTAL INDICADORES TRAZADORES ASIGNADOS AL GRUPO ESTADISTICOS	INDICADORES REVISADOS	% CUMPLIMIENTO
62	62	100%

5.2.2 Proyecto Fortalecimiento de la Gestión Documental

Incluye la siguiente actividad

Organización, depuración e inventa de archivo clínicos fase 1 (UH de 12 de Octubre y Manrique)

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la ejecución del Plan Institucional de Archivos (PINAR)	80%	85%	100%	

5.2.3 Proyecto Desarrollo de la infraestructura informática

Incluye el desarrollo de los siguientes productos

- Reposición de impresoras a través del modelo de outsourcing de impresión UH y CS con control de impresión
- Adecuación de la red de datos a 36 centros de salud incluye mantenimiento y segmentación lógica de la red
- Servicios profesionales en consultoría para el diseño e implementación modelo de seguridad ISO 27001
- Reposición de equipos de cómputo y servidores de dominio (incluye licenciamiento office, sistema operativo y Call de Windows)
- Renovación e implementación de solución telefónica que integre todas las sedes.
- Sistemas de video vigilancia en centros de salud
- Sistema de digiturnos fase 1 uh (Manrique, Belén, Castilla, san Javier)

En el periodo evaluado se obtienen los siguientes resultados

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Ejecución y seguimiento del PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Tratamiento de Riesgos	90%	67.6%	75.1%	
Número de sedes con red de datos segmentada y marcación física realizada	15	13	87%	
Proporción de la ejecución del plan de renovación y reposición de equipos de cómputo y servidores de dominio - (incluye licenciamiento office, sistema operativo y call de windows) (200 equipos)	100%	100%	100%	
Número de sedes con solución telefónica implementada	28	11	26%	
Centros de salud dotados con sistemas de video vigilancia	20	20	100%	
Unidades Hospitalarias dotadas con Sistema de digiturnos (Fase 1: Manrique, Belén, Castilla, San Javier)	4	9	100%	
Proporción de ejecución del plan de mantenimiento de la infraestructura informática	100%	91%	91%	

5.2.4 Proyecto implementación de nuevas funcionalidades

Incluye los siguientes productos

Brazaletes de marcación de usuarios

Implementación de firma digital para consentimientos informados fase 1

Control de impresión HC

Módulo de gestión de ambulancias

Definición de tablas de referencia para calidad del dato, flujos y responsables

Tablero de monitoreo de variables críticas

Desarrollo de interoperabilidad

Circularización de cartera

Modulo de registro de auditorias

- Solicitudes por demanda y normativas
- Sistema de apoyo en procesos y herramienta soporte para los procesos del área de planeación

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Software desarrollado e implementado para la identificación de pacientes con Brazaletes (9 UH)	100,00%	80%	80%	Falta Instalación en sitio, se hará en el mes de Diciembre
Software de Monitoreo de Variables Criticas	100%	100%	100%	

5.2.5 Proyecto Desarrollo de Telesalud

Incluye los siguientes productos

Definición de protocolos para la operatividad de Telesalud para capacitación, apoyo asistencial y administrativo

Sesiones de Telesalud (colaboración Asistencial vía Telesalud, Capacitación, comités, etc.)

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de sesiones de Telesalud realizadas y con soporte (colaboración Asistencial vía Telesalud, Capacitación, comités, etc.)	90%	100%	100%	

6. ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISION

6.1 Sistema Único de Habilitación

Se realiza autoevaluación en las unidades cumplimiento promedio del 67%

Unidad Hospitalaria	CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA SOLO UH				
	Total	Cerradas	Cumplimiento Parcial	Sin Cumplimiento	Nivel Cumplimiento
Santa Cruz	12	11	0	1	92%
San Cristóbal	37	32	5	0	86%
Nuevo Occidente	18	14	4	0	78%

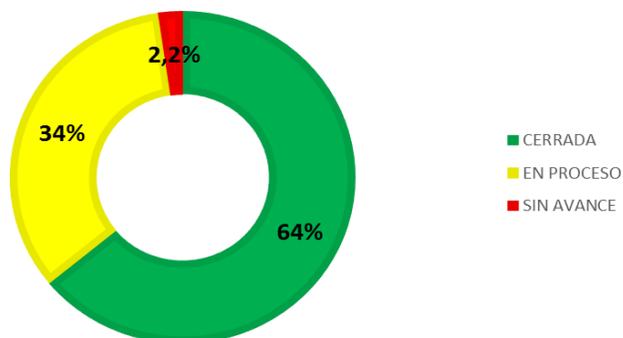
Doce de Octubre	18	14	4	0	78%
San Antonio de Prado	14	10	4	0	71%
Castilla	18	12	6	0	67%
Belén	61	38	11	12	62%
San Javier	12	5	7	0	42%
Manrique	25	9	13	3	36%
TOTALES	215	145	54	16	67%

6.2 Sistema Único de Acreditación

Actualización de autoevaluación a los estándares de acreditación

Cumplimiento del plan de acreditación 64%

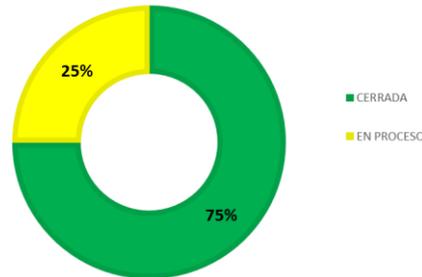
**CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA ACREDITACION
ENERO – OCTUBRE 2019**



CERRADA	EN PROCESO	SIN AVANCE
57	30	2
64%	34%	2,2%

6.3 Cumplimiento del PAMEC

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA PAMEC
ENERO A OCTUBRE DE 2019

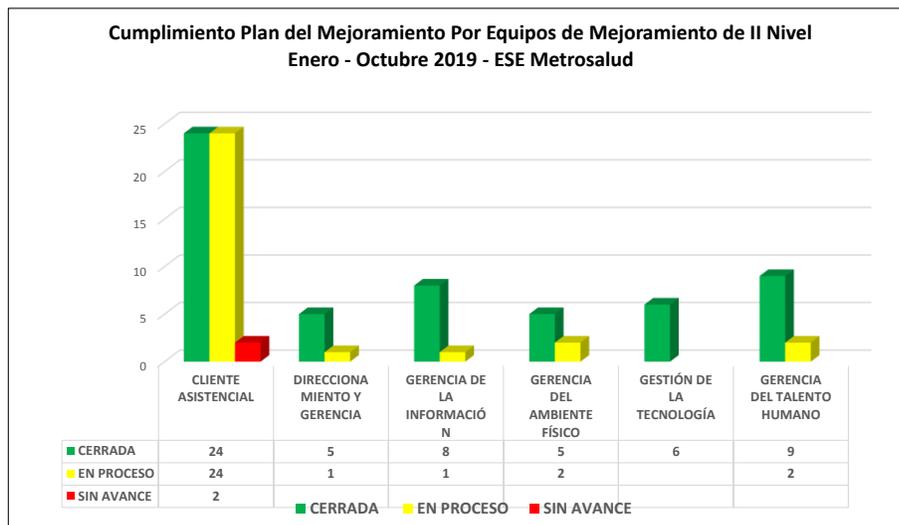


CERRADA	EN PROCESO	SIN AVANCE
12	4	0
75%	25%	0%

6.4 Planes de Mejoramiento de los equipos de acreditación

Cumplimiento de los planes de mejoramiento de los equipos de mejoramiento de acreditación

Estándar cliente asistencial	48%
Estándar de Direccionamiento y Gerencia	83%
Estándar Gerencia de la Información	89%
Estándar Gerencia del ambiente físico	71%
Estándar Gestión de Tecnología	100%
Estándar Gerencia del Talento Humano	82%



6.5 Indicador de Mejoramiento de la Calidad

Evaluación de sistema de acreditación 2016 a 2019



Resumen de calificaciones por grupos de estándares comparativo 2018 - 2019

	PROMEDIO 2018	PROMEDIO 2019	PUNTOS POSIBLES	PUNTOS 2019
Cliente Asistencial	2,3	2,70	200	108
Direccionamiento	2,5	3,12	42	26
Gerencia	2,5	2,89	25	14
Gerencia del Talento Humano	2,3	2,65	42	22
Gerencia del Ambiente Físico	2,3	2,57	30	15
Gerencia de la Información	2,2	2,71	36	20
Gestión de la Tecnología	2,1	2,54	25	13
Mejoramiento de la Calidad	2,4	2,40	100	48
PROMEDIOS Y TOTALES	2,3	2,7	500	267
VARIACIÓN		16%		

Se formula el **Plan de Mejora** de Acreditación para las **109 acciones de mejora** identificadas en la autoevaluación de los 160 estándares en el año 2019

6.6 Rondas de calidad

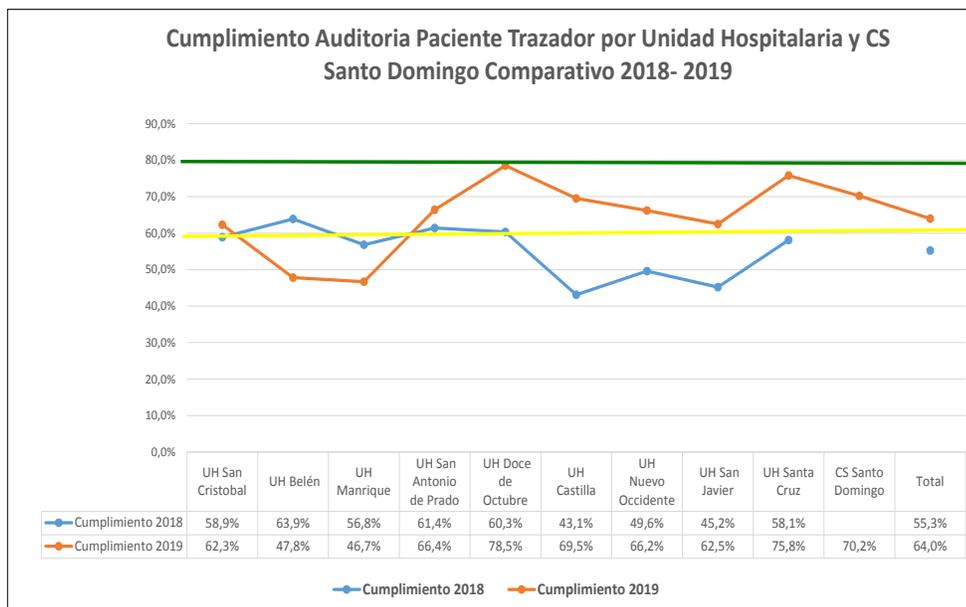
Actividad realizada por la Gerencia con su equipo técnico a las diferentes sedes para la verificación del cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La jefatura de Control Interno y Evaluación hace seguimiento al cumplimiento de las tareas asignadas, las cuales presentan un bajo cumplimiento acumulado a 31 de octubre como se aprecia en la imagen



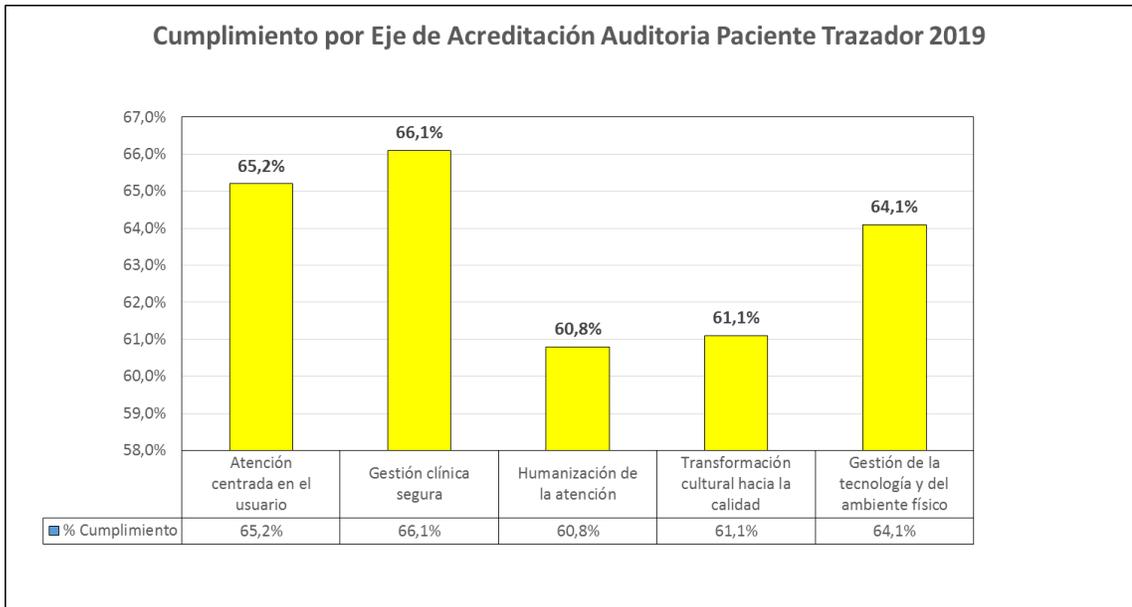
6.7 Auditoría de Paciente Trazador

Cumplimiento de la auditoría de paciente trazador



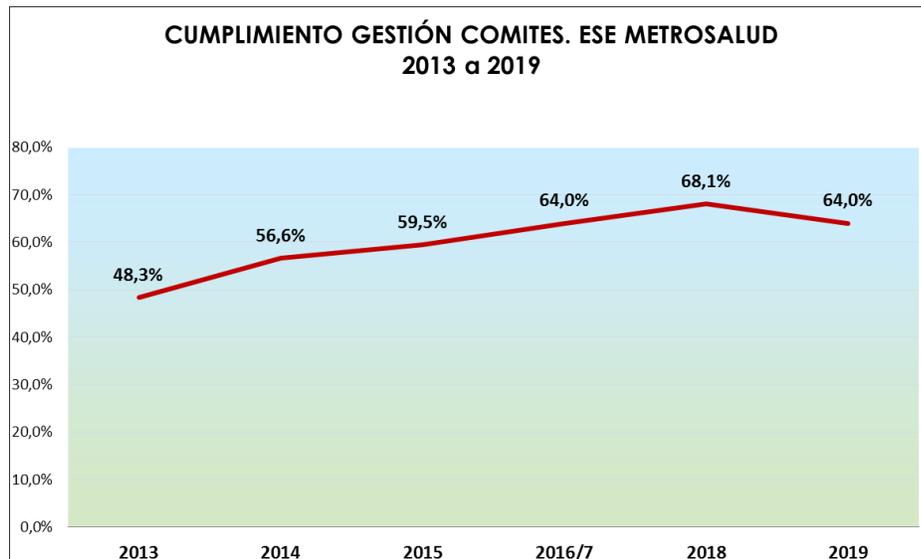
En la vigencia 2019 se tiene un cumplimiento promedio en las sedes evaluadas del 64% mejorando con relación al año 2018 que fue del 55,3%.

Cumplimiento de los Ejes transversales del sistema único de acreditación vigencia 2019 que identifica el grado en que se tienen implementados en el sistema de la ESE



6.8 Cumplimiento de la gestión de los comités de la ESE

Se presentan los resultados consolidados de los últimos 7 años



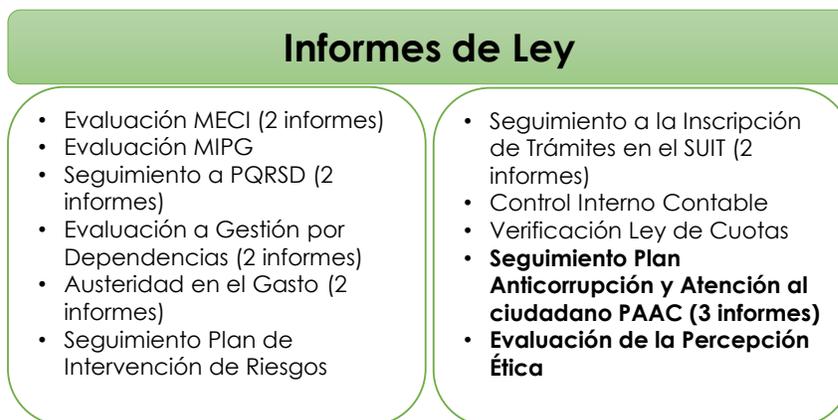
6.9 Auditorías de la oficina de Control Interno

Con corte al 31 de octubre el cumplimiento del plan anual de evaluaciones es de los 100% de las auditorías programadas a la fecha

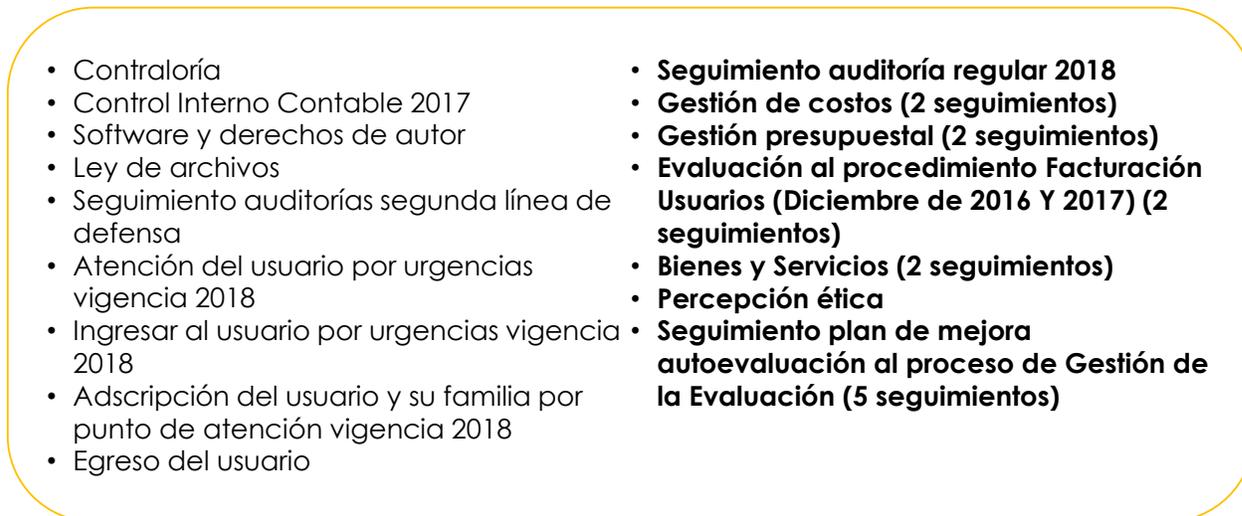
Se han realizado las siguientes auditorías

Auditorías con Enfoque en Riesgos							
Cajas menores	Atención Quirúrgica	Atención en Urgencias	Gestión de Venta de Servicios	Gestión de la Evaluación (Autoevaluación)	Atención en Hospitalización	Gestión Servicio Farmacéutico	Gestión Bienes y Servicios

6.10 Informes de Ley a cargo de la oficina de control interno



6.11 Seguimiento a los planes de Mejora



Estado de los planes de mejora a las auditorías realizadas

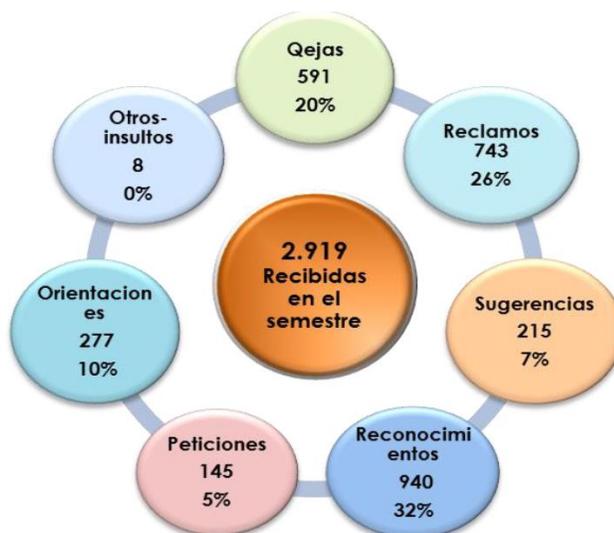
ESTADO DE LOS PLANES DE MEJORA A OCTUBRE 31 DE 2019					
AUDITORÍA	ACCIONES				OBSERVACIONES
	CERRADAS Cumplimiento total (100%)	EN PROCESO Cumplimiento parcial (>0% y <100%)	NO INICIADAS Sin cumplimiento (0%)	TOTAL	
Presupuesto	5	3	0	8	
Facturación	20	8	1	29	
Control Interno Contable	2	11	2	15	
Costos 2017	6	5	0	11	
Bienes y Servicios (Contratación 2017)	19	0	2	21	Las 2 acciones sin cumplimiento se reformularán e incluirán en el plan de mejora de la auditoría realizada en la vigencia 2019
Gestión de la Evaluación (Autoevaluación)	18	16	4	38	Las acciones no iniciadas corresponden a las programadas de la siguiente manera: 2 acciones para el bimestre 6 2 acciones para el año 2020

6.12 Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, en el periodo evaluado se realizó seguimiento a la gestión del programa de escucha activa.

Se tuvieron en cuenta las fuentes de información generadas a través de los diferentes medios utilizados por la Entidad para recibir las quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y peticiones a saber: Buzones de sugerencias en todas las unidades hospitalarias y centros de salud, Página Web, línea de atención y el software Safix.

Los resultados del primer semestre de la gestión de las expresiones del usuario fueron los siguientes:



Comparando las PQRSD recibidas en el primer semestre 2019 frente al mismo periodo 2018, se encuentra lo siguiente:

TIPO DE MANIFESTACIÓN	PRIMER SEMESTRE		VARIACION	
	2019	2018	ABSOLUTA	RELATIVA
QUEJA	591	497	94	19%
RECLAMOS	743	766	-23	-3%
SUGERENCIAS	215	128	87	68%
RECONOCIMIENTOS	940	762	178	23%
PETICIONES	145	135	10	7%
ORIENTACIONES	277	552	-275	-50%
OTROS-INSULTOS	8	4	4	100%
TOTALES	2,919	2,844	75	3%

Fuente: Dirección Sistemas de Información

Se observa una tendencia de crecimiento en la totalidad de las PQRSD del 3%, en donde las mayores variaciones se presentaron en Sugerencias con el 68%, Orientaciones -50%, otros insultos 100%. Llama la atención el incremento del 23% en Reconocimientos

6.12.1 Quejas

Clasificación de las quejas recibidas en el primer semestre de 2019 comparadas con el 2018:

TIPO DE MANIFESTACIÓN	PRIMER SEMESTRE		VARIACION	
	2019	2018	ABSOLUTA	RELATIVA
ADMINISTRATIVAS	21	19	2	11%
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	59	78	-19	-24%
TRATO RECIBIDO	309	264	45	17%
PERTINENCIA	40	23	17	74%
ACCESIBILIDAD	71	40	31	78%
CONTINUIDAD	5	9	-4	-44%
OPORTUNIDAD	80	54	26	48%
SEGURIDAD	6	10	-4	-40%
TOTALES	591	497	94	19%

De las 591 quejas registradas en el aplicativo en el primer semestre 2019, 309 están relacionadas con el trato recibido hecho que llama la atención porque continua siendo el porcentaje más alto participando con un 52%, lo que demuestra la misma tendencia del año anterior dado que a junio de 2018 representó el 53%, es decir que no se observa mejoría en este concepto.

La oportunidad de respuesta a las quejas presentadas por los usuarios está en 1,4 día en promedio; así mismo llama la atención que se reportan catorce (14) quejas que representan el 2,8%, las cuales no tienen el dato de fecha de respuesta, lo que se constituye en un riesgo por la posibilidad de que se presenten sanciones por incumplimientos en los tiempos establecidos.

6.12.2 Reclamos

Comparado el primer semestre de 2019 con su similar del 2018, los Reclamos disminuyeron en un 3%, pasando de 766 a 743 en los periodos comparados. De los 743 Reclamos registrados, la mayor manifestación se produce por ACCESIBILIDAD con 289 reclamos que representan el 39% y OPORTUNIDAD con el 24%. Importante anotar que ACCESIBILIDAD presenta una disminución del 26% con respecto al periodo 2018.

TIPO DE MANIFESTACIÓN	PRIMER SEMESTRE		VARIACION	
	2019	2018	ABSOLUTA	RELATIVA
ADMINISTRATIVAS	102	56	46	82%
COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	79	61	18	30%
TRATO RECIBIDO	49	24	25	104%
PERTINENCIA	24	32	-8	-25%
ACCESIBILIDAD	289	393	-104	-26%
CONTINUIDAD	15	13	2	15%
OPORTUNIDAD	176	178	-2	-1%
SEGURIDAD	9	9	0	0%
TOTALES	743	766	-23	-3%

La oportunidad de respuesta a los Reclamos está en 1,00 día en promedio; encontrando que se reportan 14 reclamos que representan el 1,9%, sin dato de fecha de respuesta.

Al revisar la calidad de las respuestas en el aplicativo SAFIX se evidencian contestaciones que no se orientan a solucionar la necesidad del interesado o el motivo de la queja, adicionalmente se encuentran también respuestas en las que sólo se indica que se dará traslado de la queja al área, centro de salud o unidad hospitalaria para que desde allí

se proceda con la respuesta y no se observa en el aplicativo aclaración posterior a esta. Esta situación es preocupante toda vez que esta información no conduce a la mejora real de la Entidad y de los procesos de atención al usuario.

6.12.3 Reconocimientos

Se presentaron en el primer semestre de 2019, un total de 940 Reconocimientos a los servidores y a la Institución en general, exaltando en éstos la labor que se desarrolla. Lo anterior es muy positivo para la Entidad puesto que viene aumentando el número de reconocimiento y además toma un peso importante dentro de las manifestaciones realizadas por los usuarios.

RECONOCIMIENTOS POR SERVICIOS			
AREA - SERVICIO	PRIMER SEMESTRE		% VAR.
	2019	2018	
Urgencias	63	52	21.2%
Consulta Externa Medica	106	74	43.2%
Consulta en Subprogramas	66	57	15.8%
Consulta Externa Especialista	1	4	-75.0%
Consulta Odontologica	71	42	69.0%
Higiene Oral	0	5	-100.0%
Farmacia	19	15	26.7%
Imagenologia (RX - ECOS)	7	0	100.0%
Laboratorio Clinico	9	2	350.0%
Cirurgia	3	1	200.0%
Traslado en Ambulancia	2	2	0.0%
Hospitalización	275	280	-1.8%
Porterias-Vigilancia	12	6	100.0%
Areas Administrativas	81	70	15.7%
Disciplinas Apoyo:Nutric-Sico-Trab. Social	9	14	-35.7%
No Pertinente a Metrosalud	1	6	-83.3%
Centro de Atención en General	177	98	80.6%
Otras	38	34	11.8%
TOTALES	940	762	23.4%

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la revisión realizada se evidencia que el sistema de control interno de la ESE presenta un desarrollo adecuado frente a los requerimientos aplicables aportando al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

En general el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo se mantiene dentro de los límites satisfactorios garantizando su cumplimiento al final del periodo.

Es importante la consistencia y trazabilidad de los informe periodo a periodo con el fin de identificar las tendencias de mejoramiento.

El establecimiento de estrategias conjuntas entre los diferentes procesos responsables de la aplicación de las políticas establecidas en MIPG, favorecen el cumplimiento a los requerimientos establecidos.

Las acciones tomadas a los fallos en la atención de los usuarios evidenciados en la gestión de las expresiones y en el control de los riesgos de seguridad clínica deben demostrar su eficacia con el fin de que no se incrementen o generen nuevos riesgos para la Entidad afectando la satisfacción del usuario.



NICOLAS ALBEIRO DUQUE CANO

Jefe Oficina Control Interno y Evaluación