

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS	Período evaluado: 1 DE SEPTIEMBRE – 31 DE DICIEMBRE DE 2017
		Fecha de elaboración: ENERO 2018

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9º de la Ley 1474 de 2011, el Jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Santander presenta a continuación el informe sobre el estado del control interno en la Entidad, correspondiente al periodo de septiembre a diciembre de 2017. La información que a continuación se presenta fue extraída de las auditorías, seguimientos y evaluaciones realizadas por las Oficinas de Control Interno y Calidad.

1. Módulo Control de Planeación y Gestión

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

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1.1 TALENTO HUMANO

- Es necesario unificar el sistema de evaluación de desempeño para todo el personal que presta sus servicios en la E.S.E HUS.
- Se requiere estandarizar el manual de funciones y manual de perfiles de la E.S.E. HUS.
- Las múltiples labores han hecho que la disponibilidad de tiempo de los colaboradores para las actividades relacionadas con la planeación y gestión de los procesos y estándares se vea reducida, atrasando el autocontrol del mejoramiento continuo de la institución.
- Se recomienda intensificar las capacitaciones y acompañamiento a todas las dependencias de la ESE HUS a fin de instruir de manera adecuada a los funcionarios, cambiar la cultura de archivo en la Institución, implementar buenas practicas archivísticas e incentivar la ejecución de procesos alineados a la normatividad vigente para evitar reprocesos.

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

- Se identifica la necesidad de actualizar el manual de indicadores, unificando e integrando todos los indicadores medidos en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
- Existe la necesidad de actualizar el portafolio de servicios institucional.
- Se requiere integrar la estructura organizacional y el mapa de procesos institucional, garantizando un enfoque en Gestión por Procesos.
- Se observa que el Grupo de Cartera debe ser fortalecido, en aras de ir consolidando dicha oficina frente a los múltiples requerimientos diarios que tienen y frente a la importancia del manejo y cuidado de los recursos de la institución. Es necesario estructurar la oficina y dividir funciones para dar mayor celeridad a la consecución de información.
- Hay que revisar la posibilidad de establecer una política más fuerte contractual con las EPS, para que el cobro de cartera no se siga convirtiendo en procesos de cobro tortuosos para la entidad.
- En aras de facilitar el proceso de actualización de costos unitarios y de calcular costos de los procedimientos realizados por el HUS, es necesario que se actualicen y estandaricen las bases de datos de farmacia, almacén y activos fijos, quienes nutren constantemente de información al sistema, y de donde se saca la misma para la consolidación de los costos pertinentes. Dicha alimentación de las bases de datos deberá ser lo más detallada posible.
- Las EPS continuamente se están saltando las normas legales en materia de facturación, tanto así que es común que devuelvan las facturas, aun cuando se han realizado todos los pasos reglamentarios. Se tiene especial

problema con el tema de no entrega de las autorizaciones.

- Sí bien es cierto, la entidad se ha pronunciado ante la Supersalud por la negligencia permanente de algunas EPS, es necesario implementar políticas más fuertes frente al tema, de tal manera que las medidas que se escojan sean realmente las más adecuadas y ayuden a controlar la dilatación en el proceso de facturación.
- Se recomienda ajustar el procedimiento para consecución de autorizaciones, toda vez que se observó gran cantidad de devoluciones por este motivo en particular. Un punto clave que podría ser muy efectivo, es el de aumentar el número de Asistentes, aunado de una mejor gestión y lograr que efectivamente no salgan facturas sin las autorizaciones pertinentes.
- Se sugiere separar contractualmente facturación y cartera, para optimizar los controles y dinamizar los procesos.
- Se recomienda realizar inspecciones periódicas con el fin de identificar productos próximos a vencer, dar de baja a los productos vencidos no aptos para el consumo, minimizando de esta forma el eventual riesgo de consumo
- Se requiere documentar e implementar control de fechas de vencimiento, baja de medicamentos, verificación y recolección de medicamentos vencidos en los servicios, coordinando con el(la) ingeniero(a) ambiental la disposición final de los medicamentos vencidos y su tratamiento.
- Se requiere la aprobación del procedimiento para maquila de medicamentos oncológicos por parte de la Oficina Asesora de Calidad y realizar la respectiva socialización.
- Es importante dar cumplimiento a lo establecido en la Directiva Presidencial No. 01 de 2016 Plan de Austeridad, numeral 2. Reducción de Gastos Generales, b. Viáticos y Gastos de Viaje: i) recortar en al menos un 10% los gastos de viáticos teniendo como base lo ejecutado en 2015 a través de los recursos de inversión y funcionamiento.
- Sería importante detallar el centro de costo, el proceso o área a quien corresponda las adquisiciones en cuanto al rubro Materiales y Suministros. Lo anterior con el fin de tener un mayor control en cuanto a los recursos administrativos y operativos del E.S.E HUS.
- Se podría considerar conveniente realizar la discriminación o separación de las facturas y/o recibos de Servicios Públicos en (Administrativos y Operativos). En lo posible por centros de costos, áreas o procesos. Lo anterior es con el fin de identificar el grado de consumo de los anteriores y poder tomar las acciones pertinentes, para lograr mejor gestión en el uso eficiente de los recursos.
- Se sugiere en conjunto con la Oficina Asesora de Calidad revisar el procedimiento establecido para el Grupo de Interventoría de Contratos, además de eso se recomienda generar un documento guía que sirva como hoja de trabajo, para la revisión total de los contratos y sus soportes pertinentes cuando se requiera.
- Se hace indispensable actualizar el procedimiento establecido en el Manual para el Manejo Administrativo de los Bienes Propiedad Planta y Equipo de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, Resolución No. 000284 del 24 de Octubre de 2005.
- Se recomienda diseñar un formato que permita llevar un control de inventario ya que el formato ALM-R-04 FORMATO REQUERIMIENTO ALMACEN no es funcional para la actividad.
- Es conveniente sensibilizar a los servicios y procesos del HUS, en el préstamo de equipos por medio del formato GT-FO-29 PRESTAMO DE EQUIPOS.
- Es importante resaltar la legalización de los documentos soportes de responsables de activos fijos con la respectiva firma, ya que la misma es la manifestación de mutuo acuerdo en los términos establecidos entre las partes involucradas. La no legalización de los mismos podría generar consecuencias en la gestión de la administración de los bienes por parte del proceso, por otra parte podría ser contraproducente ante la verificación de los entes de control.
- Se hace necesario realizar inventario inmediatamente se presente rotación de personal, esto de acuerdo con lo estipulado en el Manual para el Manejo Administrativo de los Bienes Propiedad Planta y Equipo de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, Resolución No. 000284 del 24 de Octubre de 2005. Sería importante trabajar de la mano con los procesos que intervienen en la emisión del respectivo PAZ Y SALVO de los funcionarios y contratistas del hospital. Lo anterior con el fin de tener mayor control sobre los activos fijos del E.S.E

HUS.

- Es importante que el proceso tome las acciones pertinentes con el fin de fomentar y sensibilizar a los responsables de los activos en los diferentes servicios, en cuanto a la custodia y uso necesario de los equipos disponibles en su totalidad. Lo anterior con el fin de utilizar los activos que se encuentran en bodega, y por otra parte los equipos que no se estén utilizando en algún servicio, sean facilitados a otro que si tenga la necesidad. Esto se podría realizar por medio del formato GT-FO-29-V1 Solicitud Préstamo Equipos.
- Establecer compromisos para la formalización laboral.
- Formular y desarrollar programas para preparar a los prepensionados para el retiro del servicio.
- Es necesario reactivar el funcionamiento del Equipo MECI en la entidad.

1.3 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

- Se recomienda documentar cada uno de los controles que mitigan los riesgos identificados.

Avances

1.4 TALENTO HUMANO

- Dentro del Sistema Único de Acreditación, bajo el estándar de Direccionamiento y Gerencia se actualizó el Código de Ética y Buen Gobierno corporativo, con base en las Políticas Institucionales que se han definido, para darle cumplimiento a los estándares superiores de calidad.
- Se está definiendo el programa de bienestar, plan de formación y capacitación institucional y los criterios a evaluar en cuanto a capacitación, clima organizacional, seguridad y salud en el trabajo y bienestar. Una vez definidos se debe centralizar la información en la plataforma Moodle.

1.5 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

- De acuerdo a los estándares de Direccionamiento, se realizó la actualización del procedimiento de Direccionamiento Estratégico, en el cual se define la metodología a emplear.
- Se inició la gestión a través de la Junta Directiva, para la adquisición del software de mejoramiento continuo, con el fin de integrar y sistematizar los diferentes componentes que apoyan y contribuyen al desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Se elaboró el Informe de Socialización de Direccionamiento Estratégico, el cual se identifica el grado de conocimiento de los colaboradores frente a la Misión, Visión, Valores, Principios, Políticas; aprobados en la Resolución 721 del 2013.
- Conforme a la socialización de Gestión por Procesos realizada en la institución, se elaboró el informe de Socialización de Gestión por Procesos, el cual evidencia el grado de conocimiento de los colaboradores frente al mapa de procesos y subprocesos definidos en la E.S.E HUS.
- El sistema de calidad de la institución, inicio el proceso de fortalecimiento y concientización de la Gestión por Procesos, conforme a los estándares superiores de calidad (Acreditación) y Modelo Estándar de Control Interno; para esto realizó del Diagnóstico de Gestión por Procesos, el cual identifica los documentos actualizados, documentos desactualizados, documentos en proceso de creación y/o actualización y documentos pendientes de crear, clasificados por proceso, subproceso y grupo estándar del sistema único de acreditación. Posteriormente se define plan de trabajo apoyado en el grupo de acreditación, que tiene como objetivo alcanzar el enfoque exigido en el Sistema Único de Acreditación.
- Definición y actualización constante de Listado Maestro de Documentos, Listado Maestro de Documentos Externos, Listado Maestro de Formatos; con el propósito de dar cumplimiento al modelo de operación por procesos exigido por MECI 1000:2014 y al enfoque de Gestión por Procesos requerido por el Sistema Único de Acreditación.
- Con el fin de garantizar la atención integral de los usuarios, se inició la definición de los siguientes documentos:

procedimiento de atención preferencial a usuarios, procedimiento de atención a víctimas del conflicto armado, procedimiento para la atención a pacientes con diversidad étnica, cultural y religiosa y procedimiento para atención a pacientes de protección constitucional, se actualizo con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario procedimiento de atención y solución de PQRS de los usuarios.

- Se inició el diseño de una matriz en la cual se pretende consolidar todos indicadores medidos en la institución y a su vez los exigidos por la norma.
- Se observa una adecuada coordinación entre el equipo de la Oficina Asesora Jurídica y el Grupo de Cartera, en el sentido que cada vez se requiere un pago para los abogados contratistas del proceso de recuperación de cartera, es precisamente el grupo de cartera, quienes certifican con exactitud y de manera pormenorizada qué facturas se han cobrado de éstos procesos y a su vez la Oficina Jurídica procede a dar trámite el visto bueno a través del acta de interventoría para continuar el proceso de pago pertinente.
- Fue fortalecido por parte de la Oficina Asesora Jurídica, el grupo que lleva el control sobre los abogados contratados para la recuperación de cartera, tanto así que en el momento existe un plan de contingencia para depurar y dar liquidación a contratos anteriores, ya fue centralizado el archivo de dichos contratos y se está trabajando en la actualización de informes y saldos recaudados.
- Los informes de producción generados por la oficina de costos favorecen el seguimiento al comportamiento de cada servicio, pormenorizado por subgerencia y por procedimiento, estableciéndose su valor de venta y el porcentaje representativo frente a cada servicio.
- Se evidencia que en el Servicio Farmacéutico se verifican y controlan las condiciones ambientales realizando la lectura dos veces al día, registrando los resultados en el formato control de condiciones ambientales (FC-R-03).
- Se realizan inventarios parciales cada 15 días en Farmacia y Bodega para un mayor control de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos médicos.
- Las Actas de Interventoría Administrativa integran lo contenido en las Actas de Interventoría Técnica y van registrando los cobros periódicos, acorde con las facturas presentadas y con la certificación de cumplimiento contractual allegada por la Interventoría Técnica, registrando ordenadamente la disminución del saldo y remitiendo a Tesorería con la totalidad de los soportes.

1.6 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

- Con el objetivo de garantizar la correcta administración de riesgos y dar cumplimiento a los Estándares del Sistema Único de Acreditación y Modelo Estándar de Control Interno, se realizó la actualización del Manual de Administración de Riesgos.
- Se realiza el cuarto seguimiento a los planes de mejora formulados a partir de la identificación de riesgos, a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno, quienes realizan un informe general sobre el avance y la gestión desarrollada.
- Se cuenta con mapa de riesgos por procesos de acuerdo a los lineamientos de la Política de Administración del Riesgo, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción, que consolida aquellos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la ESE HUS.
- Se cuenta con mecanismos de control y seguimiento que permiten la administración de los riesgos en la ESE HUS

2. Módulo Evaluación y Seguimiento

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

OPORTUNIDADES DE MEJORA

2.1. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

- Es necesario definir actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos al personal, sobre la cultura de autoevaluación
- La asistencia en las reuniones de los Grupos Estándar de Acreditación es variable, lo que genera un atraso en el avance y seguimiento de los planes de mejoramiento propuestos.

2.2. AUDITORIA INTERNA

- Se sugiere para efectos de control, seguimiento y mejor organización, que se incluya dentro de las Actas de Interventoría Técnica la discriminación de los Ingresos Abiertos por servicios, en aras de facilitar la gestión de cierre, además, se considera necesario que los involucrados en la Auditoría Pre envío contribuyan de forma más efectiva para agilizar este punto crítico.
- Es necesario fortalecer el proceso de Auditoría en Urgencias, de tal manera que se convierte en apoyo permanente y sea garante para el éxito de la facturación realizada en dicho servicio, apuntándole a una menor devolución de facturas y menor generación de glosas.
- Aumentar controles para mejoramiento de la efectividad y oportunidad de la supervisión sobre la etapa de ejecución de los contratos.

Avances

1.1. AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

- Se realizó la Autoevaluación en el mes de noviembre de 2017, logrando un puntaje de 1.6.
- Se realizó la Autoevaluación de Verificación de los Estándares de Habilitación

1.2. AUDITORIA INTERNA

- Se está dando cumplimiento al programa anual de auditorías internas que contempla cada uno de los procesos y subprocesos institucionales, evaluando que se cuente con los documentos actualizados, socializados e implementados exigidos por la normatividad vigente.
- El Comité Coordinador de Control Interno es operativo, se tiene establecida su periodicidad de reunión, priorización de temas, entre otros.

1.3. PLANES DE MEJORAMIENTO

- Está en proceso de actualización el documento de programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC de la E.S.E HUS, orientado con enfoque en acreditación.
- Se realizó el segundo seguimiento a las acciones de mejoramiento con los diferentes grupos de estándares evaluados en la ESE HUS, evidenciándose el porcentaje de cumplimiento para cada uno.
- Se realizó seguimiento a las oportunidades de mejora dejadas en cada una de las auditorías realizadas por la EPS, ente municipal y departamental, además se envió reporte de las oportunidades de mejora a cada una de las subgerencias de la ESE HUS para generar el respectivo plan de mejora.
- Se realizó reporte y sustentación del PAMEC con enfoque en acreditación en la Secretaria de Salud de Santander.
- Se implementó la herramienta en Excel denominada Gestión de Oportunidades y Acciones de Mejoramiento para

consolidar las oportunidades de mejora impartidas por las auditorías internas y externas que se lleven a cabo en la ESE HUS.

- Se cuenta con Plan de Mejoramiento Institucional que contiene acciones de mejora para el cumplimiento de los objetivos de la ESE HUS y las estrategias para resolver los hallazgos encontrados por los organismos de control
- Se cuenta con planes de mejoramiento por procesos con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permiten mejorar la ejecución de los procesos.
- Se implementaron medidas para fortalecer la debida transparencia que debe existir y garantizarse en las diversas actuaciones de la entidad. La lucha contra la corrupción, es una de las políticas que la ESE HUS ha venido optimizando dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 y al Decreto 2641 de 2012. Se realiza seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención Al Ciudadano para el año 2017, compuesto por cinco frentes, el de Gestión de Riesgos de corrupción, Rendición de Cuentas, Mecanismos de atención Al Ciudadano, Antitrámites y el de Transparencia y Acceso a la Información.
- Se verifica el diseño y aplicación de los controles asociados a los procesos, así como la efectividad de los mismos frente a la materialización de los riesgos (si han sido efectivos para evitar su materialización)
- Se establecieron planes de mejoramiento para corregir la insatisfacción en la prestación del servicio de las diferentes quejas de los usuarios.

Eje transversal: Información y comunicación

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

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Debe realizarse monitoreo y revisión permanente al Sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria, debido a las falencias que presenta el software.
- Se presenta poca utilización de los medios institucionales designados para la comunicación y transmisión de la información, principalmente de la Intranet, dificultando de esta forma la efectividad y rapidez de respuesta a las necesidades presentadas.
- Actualizar los contenidos de la página web institucional.
- Se identifica la necesidad de contar con un software de gestión documental y archivo que involucre los procesos de gestión de correspondencia, gestión de documento electrónico y gestión de archivo, el cual soportaría la automatización de tareas administrativas del ciclo de vida del documento, especialmente las relacionadas con la captura y clasificación de documentos o el procesamiento de la información que hay en documentos no estructurados, así optimizar procesos de captura, clasificación y búsqueda de información.
- Se requiere que el grupo de trabajo de Gestión Documental brinde acompañamiento para la depuración y organización de los archivos de gestión en todas las dependencias de la ESE HUS.
- Se recomienda a todos los responsables de las oficinas, adelantar las gestiones pertinentes para que se cumpla, en el menor tiempo, con lo preceptuado en la Ley 594 de 2000 y las circulares 004 de 2003 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno y 012 del 2004 del Departamento Administrativo de la Función Pública y Archivo General de la Nación, teniendo en cuenta los procedimientos y lineamientos dispuestos en la ESE Hospital Universitario para tal fin, incluyendo la aplicación de las Tablas de Retención Documental ya aprobadas.
- Se recomienda a las Subgerencias Científicas darle trámite oportuno a las Quejas presentadas por los usuarios en los diferentes servicios del HUS ante la Oficina de Servicio y Atención al Usuario.
- Realizar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información
- Se recomienda que a través de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información , se establezcan con exactitud las actividades que faltan por parametrizar en el módulo de Talento Humano del DGH , en aras que en un futuro próximo se contemple la posibilidad de estandarizarlo por completo, acorde con las necesidades propias de la

E.S.E. HUS.

- Contar con una rendición de cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), dialogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)
- Tener inventariada la documentación en el Formato Único de Inventario Documental FUID tanto en los archivos de Gestión como Central
- Realizar la transferencia de archivos y la disposición de documentos de forma oportuna, utilizando los criterios del Comité Interno de Archivo.
- Implementar las TRD, TV, PGD, PINAR y la Política de Gestión Documental en la ESE HUS, además de ajustar los controles para optimizar la organización y el mantenimiento actualizado de expedientes de los contratos activos y la efectividad de la gestión documental en sus expedientes físicos y electrónicos.
- Implementar mecanismos más efectivos para el seguimiento a la oportuna respuesta y trazabilidad de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos
- Implementar mecanismos para recolectar las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores públicos
- Se recomienda que a nivel institucional se le siga dando importancia a la actualización de contenidos del Sitio Web dado que esta es una de las primeras formas de contacto que tienen nuestros ciudadanos con la ESE Hospital Universitario de Santander.
- Es necesario establecer en la planeación estratégica una ruta de trabajo y desarrollo de las actividades de gestión documental.
- Se requiere mantener actualizada en la página web toda la información correspondiente a los tramites que se pueden agotar en la entidad, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos (En concordancia con la Ley 962 de 2005, el Decreto Ley 019 de 2012, los lineamientos de Gobierno en Línea, entre otros).

Avances

- Está en proceso de actualización la documentación referente al subproceso de Gestión Documental, garantizando el cumplimiento de la Ley Nacional de Archivo.
- Se está trabajando en el proyecto de actualización y modificación de la Intranet, SIPA y el Moodle, conforme a los lineamientos y necesidades institucionales enfocadas en el sistema único de acreditación y la gestión por procesos.
- Está en proceso de actualización de plan de comunicaciones y manual de imagen
- Se actualizó el manual de indicadores
- Se actualizó la información que identifica los grupos de interés de la institución.
- La ESE Hospital Universitario de Santander cuenta con el Programa de Gestión Documental (PGD) que se encuentra publicado en la página web de la ESE HUS, dando cumplimiento al requerimiento normativo de la Ley General de Archivos 594 de 2000 en su Título V: Gestión de Documentos. Artículo 21.
- El servicio de Información y Atención al Usuario cuenta con estrategias para divulgar la Información de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander para los usuarios como: Pagina web, internet, vía telefónica, carteleras, folletos, orientación y acompañamiento.
- La Profesional Universitario del SIAU lleva un consolidado de las PQR donde le asigna un radicado y se da un plazo de respuesta al interior de la entidad de 10 días hábiles y otras inmediatamente dependiendo de la clase de PQR.
- Se realiza la apertura a los buzones de sugerencias una vez a la semana y se elabora la respectiva acta de acuerdo al

formato GMC-CU-FO-08 Acta de Inicio Escrutinio Buzón de Quejas, Sugerencias y Comentarios.

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

Estado general del Sistema de Control Interno

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

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

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

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno