



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

**Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:** Juan Guillermo Posada Mejía.  
**Período evaluado:** Tercer Trimestre de 2016  
**Fecha de elaboración:** 30 de Noviembre de 2016  
**Entidad:** Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia – Antioquia.  
**Representante de la Entidad:** Santiago Caicedo Restrepo.

**AVANCES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:**

**1. COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO:  
1.1. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos**

Se tiene el código de ética del año 2010, el cual fue elaborado con la participación de todos los funcionarios, los valores y compromisos éticos fueron incluidos en el Plan de Desarrollo Institucional. Se crea el comité de ética hospitalaria mediante la Resolución No 065 A de julio de 2010.

Los valores y compromisos éticos son tenidos en cuenta en el Nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2016 – 2020.

**1.2. Desarrollo del Talento Humano:**

Existe un Manual de Funciones y Competencias del año 2015 Adoptado por el Acuerdo No 10 de Julio 6 de 2015 y socializado se le han realizados algunos ajustes y está vigente en la actualidad.

Para este año la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC estableció la apertura de la convocatoria No 426 con el fin de proveer los cargos que están en provisionalidad para todos los hospitales del país. La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia para esta convocatoria le informo a la CNSC sobre 24 cargos para concurso, los cuales están determinados de la siguiente forma: Tres (3) cargos de profesionales, dos (2) cargos de Técnicos y diecinueve (19) cargos Asistenciales.

En el diagnóstico inicial al MECI se pudo observar que se tiene adoptado mediante por Resolución No 120 de mayo del 2014 El sistema general de estímulos el cual reglamenta el PIC y el bienestar social e incentivos.

Con respecto al Plan Institucional de Capacitaciones del Hospital se elaboró un documento con el Plan en el año 2011 y adoptado por medio de la Resolución No 090 de 2012 y todos los años se realiza su actualización de acuerdo con las necesidades y competencias del personal.

En el mes de abril de este año se actualiza el Manual Institucional de capacitación y se elabora el nuevo formato con el PIC para este año y es adoptado mediante la Resolución No 203 del 2016. Este Plan se viene ejecutando a partir del segundo semestre.

**Salud Integral para Todos**

**Nit 890907297-3**

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com



Con Respecto al Programa de Bienestar social e incentivos en el mes de Mayo de 2016 se elaboró el Manual y el formato de Bienestar social e incentivos para el año 2016 el cual está en ejecución.

Existe un documento del año 2011 con el manual de inducción y reintroducción, el cual cuenta con unos formatos de bienvenida, presentación, ubicación y entrenamiento en cual se está aplicando pero se tiene previsto para el año entrante su actualización e implementación.

Existe un documento del año 2011 con el proceso de selección del talento humano y el proceso meritocrático el cual debe ser actualizado.

Con respecto a la evaluación del desempeño el Hospital se acoge al sistema tipo establecido por la CNSC y se realizan las evaluaciones de acuerdo con la norma. Existe la Resolución No 208 de 30/10/2014 Se designan los representantes de los empleados ante la comisión de personal del Hospital. Para este segundo semestre del 2016 se realizó el proceso de actualización de la comisión de personal y ya están nombrados los nuevos integrantes.

Con respecto a los acuerdos de gestión en la entidad, se manejan los acuerdos con los dos subgerentes administrativo y de atención al usuario. En el mes de Marzo se firma el acuerdo de gestión con el Subgerente de Atención al usuario y dicho acuerdo fue evaluado por el gerente en el mes de julio. Con la Subgerente administrativa se firma el acuerdo en el mes de Junio.

Mediante la Resolución No 021 de febrero de 2013 se crea el comité de convivencia laboral para fortalecen las actividades relacionadas con el talento humano. Este comité es el encargado de elaborar los formatos con los planes de bienestar social y el PIC del 2016.

## **2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

### **2.1. Planes, Programas y Proyectos**

Para el nuevo periodo del Gerente se presenta a la Junta Directiva para su aprobación y adopción el nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 "**Camino a la Acreditación en Salud**", el cual fue adoptado mediante el Acuerdo No 012 de Septiembre de 2016. El Plan Desarrollo Institucional está organizado de un marco conceptual, un análisis técnico financiero y una plataforma estratégica, la cual costa de seis (6) Líneas estratégicas con unos objetivos, una ponderación, unos indicadores y unas metas. Este Plan de Desarrollo fue montado en la Página de la Contraloría General de Antioquia en la plataforma ALPHASIG y en la página web del Hospital.

Se tiene el Plan Gerencial adoptado por acuerdo No 006 de mayo 10 de 2016, el cual es evaluado por la Junta Directiva, para lo cual se tiene un tablero de indicadores que se está revisando de forma periódica. Además fue socializado en reunión al Comité directivo en el mes de Junio de 2016 y montado en la página web institucional en gestión transparente.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



Se realiza los Planes de Acción al comienzo de cada año y estos son publicados en la página web de la entidad en gestión transparente.

Se está dando cumplimiento con los debidos cronogramas de trabajo de los diferentes comités que existen en el Hospital.

A mediados del Mes de Julio se da comienzo a la elaboración y caracterización del Proceso de Direccionamiento estratégico el cual a la fecha se encuentra caracterizado pero no ha sido adoptado e implementado.

Se realizan todos los meses encuestas de satisfacción a los usuarios de forma telefónica.

## 2.2. Modelo de Operaciones por Procesos:

Se cuenta con el mapa de procesos donde se identifican los procesos estratégicos, los misionales, de apoyo y de evaluación Adoptado por el Acuerdo 005 de 2013 y Publicado en la página web del Hospital y hace parte del Plan de Desarrollo Institucional.

Se están elaborando y caracterizando en este año los siguientes procesos:

- 1) **Procesos Misionales** Se da comienzo con la caracterización de los siguientes procesos misionales como son: **Hospitalización** el cual se tiene elaborado a la fecha en un 70%, el de **Odontología** en un 90%, el de **Laboratorio** en un 90% y el de apoyo diagnostico (**Rayos X**) en un 50%.
- 2) **Los Procesos de Dirección y Gestión:** Se tiene elaborado en un 90% el Proceso de **Direccionamiento Estratégico** y El Proceso de **Contratación** fue elaborado en el año 2014, pero en este año se realizó su actualización y se fortaleció la parte de la política de administración del riesgo. Hay una versión No 2.
- 3) **Los Proceso de Apoyo:** Se ha venido elaborando el Proceso de **Gestión de la Información** el cual está dividido en tres grades sub procesos como son el de **Comunicaciones** el cual está elaborado en un 90%; el de **Sistemas** que está elaborado en un 80% y el **Gestión Documental** el cual está elaborado en un 70%.
- 4) **Los Procesos de evaluación:** Para este año se ha venido elaborando el proceso de **Control Interno** y el Mejoramiento continuo, el cual tiene un cumplimiento del 90%.

## 2.3. Estructura Organizacional

El Organigrama del Hospital esta adoptado por el Acuerdo 005 de 2013, con una estructura definida para trabajar por procesos y modificado por el Acuerdo No 014 de 2015.

Publicado en la página web y en las carteleras del hospital.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



## **2.4. Indicadores de Gestión**

En el Nuevo Plan de desarrollo institucional 2016 – 2020 se tiene establecidos Indicadores para cada una de las líneas estratégicas que permite conocer la eficiencia, eficacia y efectividad del mismo y son publicados y evaluados por la Junta Directiva.

Cada uno de los Procesos cuenta con la Ficha técnica de Indicadores definidos en la caracterización del proceso y que son elaborados por los líderes de los procesos de acuerdo con la frecuencia establecida y evaluados por la oficina de control interno.

Se viene cumpliendo con los Indicadores de Calidad de acuerdo con la Resolución 256 de febrero de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social, los cuales son elaborados por los responsables de los procesos y la gerencia realiza un cuadro de mando de indicadores que es publicado en la página web institucional y presentados por el Gerente en el Informe de Gestión Gerencial a la Junta Directiva.

## **2.5. Políticas de Operación**

Se evidencio una Matriz de políticas de operación del año 2.011 la cual esta desactualizada. Para los procesos que se están elaborando en la actualidad se les está diseñando un formato con las políticas de operación de cada proceso.

## **3. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:**

### **3.1. Política de Administración de Riesgos**

Se evidencia una Resolución No 088 de junio de 2009 Por cual se adopta la Política de Administración del Riesgo en el Hospital y la Resolución No 089 de junio de 2009, reglamenta el Comité de Riesgos.

La política de administración de los Riesgos de Corrupción fue adoptada por la Resolución No 040 de Marzo de 2016 de acuerdo con la metodología sugerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP en su guía. Además se cuenta con las estrategias para el Plan de Riesgos Anticorrupción y de Atención al ciudadano para el 2016. El cual se publica en la página web y cartelera Institucional de acuerdo con la normatividad vigente

La evaluación y el seguimiento lo debe realizar la oficina de control interno en las fechas establecidas en la Ley. Ya se realizó primera evaluación en marzo 30 y el 31 de Julio se realizó la segunda evaluación y dichas evaluaciones fueron publicadas.

Se está elaborando para cada uno de los procesos los formatos sugeridos por el DAFP para el manejo de la política de administración del riesgo. Como son Contexto estratégico, identificación, análisis, grafico del riesgo, control del riesgo, riesgo inherente y residual y el mapa de riesgo.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



## DIFICULTADES DEL MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

### Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:

- Desconocimiento y la no aplicabilidad por parte de los funcionarios del código de ética del hospital.
- No se tiene un código de buen gobierno.

### Talento Humano:

- No se realiza evaluación de desempeño a los funcionarios en provisionalidad.
- No se tiene un manual de Talento humano.
- No se ha elaborado y caracterizado el proceso de Gestión del Talento Humano
- El manual de inducción y reinducción esta desactualizado.

### Planes, Programas y Proyectos:

- No se tiene adoptado e implementado el proceso de Direccionamiento estratégico. Está en construcción. va en el 90%.

### Estructura Organizacional:

- Debe ser socializado con todo el personal.

### Indicadores de Gestión:

- No presentan mayores dificultades.

### Políticas de Operación

- Desconocimiento de los funcionarios de las políticas de operación de cada uno de los procesos.

### Administración del Riesgo:

- No se han actualizado los mapas de riesgos por procesos.

## AVANCES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:

### 1. AUTOEVALUACIÓN Y INSTITUCIONAL:

#### 1.1. Autoevaluación de Control y Gestión

Se ha venido realizando de forma oportuna a los diferentes entes de control la rendición de la información del Sistema de Control Interno del Hospital. Para el Departamento de la Administración Pública DAFP el informe anual de evaluación al sistema de control interno por medio de la página web MECI y el informe de control interno contable a través del CHIP.

Se realiza en forma permanente la evaluación del plan de desarrollo institucional mediante el cuadro de control de indicadores. La oficina de control Interno realiza el seguimiento de los indicadores de cada uno de los programas del Plan de Desarrollo.

### Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



El gerente realiza en forma mensual el informe denominado Plan Gerencial el cual se publica en la página web institucional y es presentado a la Junta Directiva para su seguimiento.

Se realiza el seguimiento por parte de la Gerencia y la Junta Directiva y de los indicadores de Calidad.

### **1.2. Auditorías Internas:**

Se evidencia un manual de auditoria PAMEC del año 2011 y Existe un manual de auditoria del 2011 con unos formatos. Esta Desactualizado.

Se tiene el plan anual de las auditorias de calidad en salud el cual es presentado a la gerencia para su aprobación.

Se elabora el Plan Anual de Auditorías Internas por parte de la oficina de control interno el cual es presentado a la Gerencia y al Comité de Control interno.

Se evidencia la elaboración y presentación de los informes de las auditorías internas tanto de calidad, de los procesos de apoyo, estratégicos y de evaluación y al Sistema De Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo SG-SST, los cuales son socializados con la Gerencia, el Grupo MECl – Calidad y el Comité de Control Interno.

Se realiza reuniones periódicas del comité de control interno en el cual se levantan las respectivas actas con los compromisos y se realiza el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Existe el comité de control Interno disciplinario de la institución el cual está operando.

Se tiene elaborado y actualizado el Manual, el Programa y el Plan Auditorías Internas del Hospital.

Se cuenta con un proceso caracterizado de Control de la Gestión el cual está dividido en tres subprocesos que son Auditorías internas, planes de mejoramiento y evaluación del sistema de control interno.

### **1.3. Planes de Mejoramiento:**

Se evidencia unos manuales con las herramientas de los planes de mejoramiento y los formatos del año 2011. Están Desactualizados.

Se tiene establecido y estandarizado el formato para elaborar los planes de mejoramiento.

Se elaboró un procedimiento caracterizado de planes de mejoramiento.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



### DIFICULTADES DEL MODULO DE EVALUACIÓN:

#### Autoevaluación de Control y Gestión

- Se debe implementar, adoptar y evaluar el proceso de Control de la Gestión.

#### Auditorías Internas

- Realizar el debido seguimiento a los informes de las auditorías internas por parte del Comité de control Interno para cerrar las actividades.

#### Planes de Mejoramiento:

- No existen los planes de mejoramiento individuales resultantes de las evaluaciones de carrera administrativa.
- Realizar el debido seguimiento a los planes de mejoramiento por parte del Comité de control Interno.
- Realizar el cierre de las actividades del plan de mejoramiento

### AVANCES DEL EJE TRANSVERSAL:

#### Información:

Se cuenta con una taquilla única para recepción de la información, en el cual se radica y se registra todo documento que llega a la entidad por cualquier medio de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo No 60 del Archivo General de la Nación.

Se cuenta con las Tablas de Retención Documental TRD elaboradas y se ha venido implementando de acuerdo con la normatividad y están adoptadas por la Resolución No 165 del 21 de noviembre de 2009, pero debido a cambios en la estructura del Hospital se debe actualizar las TRD, por lo tanto se realizaron las encuestas a las diferentes oficinas productoras. Estamos en el Proceso de elaboración del documento con las TRD.

Se realizó un diagnóstico institucional de la Gestión Documental por parte de la oficina de Control Interno el cual fue entregado a la gerencia y que sirve de base para realizar el plan de Trabajo. Con base en este diagnóstico a partir del mes de agosto del 2016 la oficina de Control Interno elaboro los siguientes documentos de la Gestión Documental. El Programa de Gestión Documental –PDG, El Plan Institucional de Archivos – PINAR, la Matriz de Responsabilidades, el Normograma, El Plan de capacitación de la Gestión Documental y el manual de norma fundamental de los documentos y el cuadro de Clasificación Documental.

Se están digitalizando todos los documentos del archivo general del Hospital y se está organizando el fondo acumulado.

Se tiene un documento para la implementación de la política del Cero papel del año 2012 pero no fue adoptado ni socializado.

### Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.

Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

Nit 890907297-3



Se responden en una forma oportuna los requerimientos de la comunidad y los entes de control con respecto a las PQRSDF.

La entidad cuenta con una oficina de atención al Usuario - SIAU para la recepción de las PQRSDF, se cuenta con buzones de sugerencias en las instalaciones del Hospital que son abiertos semanalmente y se levanta un acta, además en la página web del Hospital existe el Link de PQRS. El proceso se está aplicando de acuerdo con la norma y se elaboran informes trimestrales por parte de la Auxiliar Administrativa de la SIAU que son entregados al Gerente y control Interno. En forma Semestral se elabora un informe consolidado de las PQRSDF por parte de la oficina de Control Interno el cual es publicado en las carteleras y en la página web de la instrucción.

Se realizan Encuestas en forma permanente para medición el grado de satisfacción de los usuarios y los resultados son informados a la Gerencia.

También se tiene un buen sistema de información interna, con equipos muy modernos comunicados a través de una red que tiene 30 usuarios, los cuales pueden enviar y recibir correos electrónicos en forma inmediata. La información que se genera al interior de la institución es veraz, oportuna y sirve para la toma de decisiones, existe fluidez de la información entre las dependencias.

Con respecto a la información interna se tienen una información financiera oportuna y veraz que sirve para la toma de decisiones y se cuenta con un software registrado y de propiedad del Hospital (XENCO Advance), para presupuesto, facturación, historias clínicas, contabilidad, inventarios, nómina, cartera, farmacia y tesorería.

Se utilizan los diferentes medios de comunicación como son programas, radiales, carteleras, pasacalles, pendones, volantes para difundir las políticas y programas del Hospital.

#### **Comunicación Pública:**

Existe la página web del Hospital, la cual es actualizada todos los días y cumple con los requisitos de la norma. Se utilizan otros medios de comunicación como son los programas radiales, el canal comunitario de televisión, los boletines, comunicados, carteleras, volantes, vallas y pasacalles para brindar información sobre la el hospital.

Se viene publicando la contratación del Hospital en la página web y la cartelera institucional de forma oportuna, también en la página web del gobierno nacional SECOP y se rinde en forma permanente a la Contraloría General de Antioquia Gestión Transparente, a la Contaduría General de la Nación, el Ministerio de la Salud y Protección Social y demás entes de control de carácter Nacional, Departamental y Municipal.

Se realiza cada año en el mes de diciembre por parte del Hospital la rendición pública de cuentas de acuerdo con la normatividad vigente.





### DIFICULTADES DEL EJE TRANSVERSAL:

#### Información:

- Desconocimiento por parte de los funcionarios de las TRD y de TVD.
- No se tiene un proceso de gestión documental actualizado, el que se está actualizando va en un 70%.
- No existen trámites registrados al SUIT.
- No se tiene un plan de manejo de copias de seguridad.

#### Comunicación Pública:

- No se tiene adoptado e implementado un proceso ni el plan de comunicación.

### ESTADO GENERAL:

Es muy importante anotar que el MECI fue socializado con los funcionarios y se establecieron los equipos de trabajo, durante este año se está llevando a cabo el proceso de implementación y de evaluación por lo cual se cumple con lo establecido en Decreto 943 de 2014.

Para el buen desarrollo del MECI, se cuenta con un alto grado de colaboración y motivación de la Alta dirección del Hospital.

### RECOMENDACIONES:

Lo más importante para el mejoramiento continuo en el Hospital es que todos los funcionarios estén dispuestos asumir el reto de mejorar e implementar el Sistema de Gestión Integrado (SGI), y para ello se requiere que se tengan unos compromisos claros, personas responsables de los procesos, recursos y un plan de trabajo bien establecido al cual se le dé un estricto cumplimiento.

Teniendo en cuenta que este año se realiza y adopta el Nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2.016 - 2.020, se debe aprovechar la actualización y elaboración de una serie de Manuales, Guías, Procedimientos y Planes que van a propiciar que el Hospital cumpla con su misión y los objetivos Institucionales. Para eso se recomienda fortalecer los siguientes elementos y actividades como son:

- Revisar el Código de ética y biomédica existente y actualizarlos.
- Presentar a los funcionarios una charla sobre gestión ética valores y compromisos.
- Elaborar unas carteleras, pendones u otras con los valores y principios éticos, los deberes y derechos, los objetivos, la misión y la visión.
- Revisar el Manual de Funciones y competencias con el fin de realizar los ajustes. Ya fue realizada
- Establecer un formato tipo para las evaluaciones de personal en provisionalidad y presentarlo a la Comisión Nacional del Servicio Civil para su aprobación.
- Elaborar y actualizar los Manuales de Talento Humano y de inducción y reintegración.

### Salud Integral para Todos

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3



- Realizar, implementar y adoptar un proceso caracterizado de la gestión del talento humano.
- Cuando se tenga aprobado el Plan de Desarrollo Institucional se debe socializar con todos los clientes internos y externos. Ya fue realizada.
- Revisar el Mapa de procesos, actualizarlo, adoptarlo y socializarlo. Ya se realizó.
- Elaborar, implementar y adoptar el Manual operaciones del Hospital.
- Fortalecer la política de operaciones para cada uno de los procesos. En proceso.
- Actualiza el organigrama del Hospital y socializarlo. Ya se realizó.
- Actualizar los mapas de riesgos de todos los procesos y realizar el seguimiento. En proceso.
- Elaborar el Manual o la guía de administración del riesgo en el Hospital y adoptarla. En Proceso
- Realizar el seguimiento al Plan de Riesgos de Anticorrupción y Atención al Usuario. Ya se han realizado dos seguimientos.
- Se deben capacitar a varios funcionarios del Hospital en el proceso de auditorías.
- Se debe implementar una cultura del Autocontrol. Se está realizando por correo interno todos los meses.
- Se deben capacitar a los funcionarios en el plan de auditorías.
- Se deben realizar los seguimientos a los planes de mejoramiento continuo. Está en proceso.
- Se recomienda reforzar la sensibilización de los procesos y los elementos para que se pongan en práctica.
- Realizar un seguimiento a las actividades que se dejan escritas en las actas de los diferentes comités. Se está realizando en el comité de control interno.
- Se deben tener en cuenta los informes de evaluación al sistema de control interno para mejorar los procesos y los objetivos institucionales. Lo tiene en cuenta la gerencia.
- Se recomienda que los líderes de los procesos realicen una revisión y seguimiento de las políticas en los grupos primarios. En proceso.
- Se recomienda reinducción en algunos temas relacionados con el manejo documental de la Empresa de acuerdo a las TRD y TVD ya elaboradas. Fue programado en el PIC.
- Se debe estandarizar toda la documentación del Hospital de acuerdo con la normatividad vigente del Archivo General de la Nación. Está en proceso y ya se elaboró el manual para estandarizar los documentos..
- Actualizar el manual, PGD, PINAR, TRD, TVD y proceso de la gestión documental y adoptarlos. Se elaboró el PDG, PINAR, Cuadro de clasificación, Matriz de Responsabilidades, Normograma, se elaboraron las encuestas de las TRD y se está elaborando el documento relacionado con las TRD.
- Se debe elaborar, implementar y adoptar un proceso de comunicación y caracterizarlo. Ya se elaboró y falta implementarlo y adoptarlo.
- Se debe elaborar, implementar y adoptar el proceso de gestión de bienes y servicios y caracterizarlo.
- Establecer un proceso para el sistema de información. Está en proceso.
- Realizar el seguimiento a las PQRSD y presentar un informe semestral al Gerente. Cada semestre se está realizando el informe por parte de la oficina de control interno y se publica.

### **Salud Integral para Todos**

Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
**Nit 890907297-3**



- Estandarización de los requisitos para las compras, la selección de los proveedores y definición de políticas para la evaluación de proveedores y para la verificación de los bienes y servicios comprados o contratados.
- Establecimiento y ejecución de una metodología para la medición de la percepción de los ciudadanos. Se están realizando las encuestas y se publican los resultados.
- Continuar con la documentación e implementación del plan de Auditorías Internas y de Calidad y formación de auditores internos de calidad. Se han venido realizando de acuerdo con el Plan.
- Se está cumpliendo con la elaboración y estandarización de los procesos y procedimientos de apoyo, estratégicos y los misionales.
- Definición y documentación de los mecanismos para realizar el seguimiento y medición de los procesos con el fin de lograr y mantener la capacidad de éstos, hacia el cumplimiento de los objetivos planteados.

Es muy importante continuar con la implementación de acciones permanentes de mejoramiento continuo de los procesos, a través de una metodología sistemática basada en el análisis de datos.

JUAN GUILLERMO POSADA MEJÍA  
Asesor de Control Interno

**Salud Integral para Todos**  
Carrera 18 No 16-05 Concordia – Antioquia.  
Teléfono 844 61 61 – 844 77 22 Fax 844 66 06  
hospitalconcordia@gmail.com  
Nit 890907297-3