

Itagüí
25 Febrero de 2016

CORRESPONDENCIA ENVIADA
Radicado N°: 001630
Código Asunto: 1000013
COMUNICACIONES
Señores: ESE HOSPITAL DEL SUR
Atte: JORGE ALEXANDER SALAZAR
Fecha: 26/02/2016 Hora: 03:12 PM
E.S.E. HOSPITAL DEL SUR ITAGUI SAN PIO

Doctor
JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARIA
Jefe de Control Interno
ESE Hospital del Sur – G.J.P

26 FEB 2016

0008723

MUNICIPIO DE ITAGUI
Unidad de Correspondencia

RADICADO N°

FECHA DE RECIBIDO _____ HORA: 3:36

RECIBIDO POR: Oscar

DEPENDENCIA: Alcaldía y Salud

23

ASUNTO: Observaciones al informe independiente Control Interno comparativo del cuatrienio 2012 a 2015

Reciba un cordial saludo,

La Oficina de Control Interno está definida en la Ley 87 de 1993, como "uno de los componentes del Sistema de Control Interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos".

Según lo anterior y en cumplimiento de mandato legal recibo de su parte el día 23 de Febrero del presente año, informe comparativo de la gestión del hospital durante el cuatrienio 2012 a 2015 y su respectivo análisis de fortalezas y debilidades, informe que se evidencia que además fue enviado con copia a cada uno de los integrantes de la Junta directiva de la ESE Hospital del Sur.

Sin embargo se evidencia una publicación del informe cualitativo coincidente con este reporte enviado, de manera anticipada a mi notificación el día 19 de Febrero de 2016 en la página del Departamento Administrativo de la Función Pública (MECI).

Es importante anotar que el literal c) del artículo 5° del Decreto 2145 de 1999, modificado por el artículo 2° del Decreto 2539 de 2000, establece que será **“el representante legal y los jefes de organismos de las entidades del Estado, en sus diferentes órdenes y niveles, así como los particulares que administren recursos estatales, deben enviar al Consejo Asesor en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial...”**, según esto encuentro que la publicación del día 19 de Febrero se dio de manera autónoma por la parte de la oficina de control interno, la cual usted asume actualmente, sin previa puesta a disposición ni revisión del **representante legal** tal como lo establece la norma, y aun mas allá en la pagina del Departamento Administrativo de la Función Pública donde reporto el informe ejecutivo de evaluación de control interno, evidenciándose como “Enviado” por el representante legal sin conocer ni estar enterada de su existencia, con lo que se podría presumir un acto de suplantación.

Como se dio a entender, y sin haber tenido la oportunidad de verificar la información reportada de manera anticipada del informe tal como se dispone normativamente, y luego de revisarlo, a continuación se deja constancia de algunas observaciones referentes al reporte, luego de verificar evidencia con el equipo de dirección administrativa y asistencial de la ESE, donde se identificó posible malinterpretación de la información y evidencias aportadas al cumplimiento de los planes, además del desconocimiento de algunos conceptos institucionales al momento de formular las fortalezas, debilidades y conclusiones del informe.

A continuación entonces la observación a los errores en la formulación y las respectivas justificaciones de las actividades no alcanzadas pero que contaron con la suficiente gestión:

CON RESPECTO A LAS FORTALEZAS:

Con respecto a las Fortalezas referenciadas en el “Informe Independiente de Control Interno”, es necesario hacer las siguientes aclaraciones:

En el ítem donde se habla de los reconocimientos obtenidos por el hospital, se afirma que la ESE en el año 2000 obtuvo el CERTIFICADO EN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC ISO 9001: 2000; frente a esto es importante aclarar que aunque la empresa dio sus primeros pasos en calidad con la adopción de la Norma ISO, nunca se CERTIFICÓ, porque a partir del 2003 tomo la decisión de migrar al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En segundo lugar cuando se habla de CERTIFICADO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD, que incluye en Sistema único de Acreditación y habilitación, obtenido en el 2003; se hacen las siguientes aclaraciones: en primero lugar El SOGC no se certifica, las institucionales se ACREDITAN EN SALUD Y HABILITAN SERVICIOS y en segundo lugar en el año 2003 la ESE apenas empezó a adoptar estas normas y solo hasta el año 2005 logro HABILITAR SERVICIOS frente a la DSSA y la ACREDITACIÓN EN SALUD otorgada por el ICONTEC y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con respecto a los otros reconocimientos, se referencian datos incompletos e imprecisos, por lo cual a continuación se relacionan de manera concreta, cuales son los reconocimientos obtenidos:

Habilitación: En el año 2005 la ESE logra la habilitación del 100% de los servicios de salud que oferta en las 4 sedes que a la fecha se tenían. Actualmente la ESE cuenta con la habilitación de sus servicios bajo la normativa Resolución 2003 de 2014

Acreditación: La ESE Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita", se encuentra acreditada desde el año 2005 y ha mantenido esta Categoría de Institución Acreditada. En el año 2014 fue evaluada frente a los nuevos estándares (norma 123 de 2012.) y obtuvo la ACREDITACIÓN EN SALUD – TERCER CICLO. En octubre 30 de 2015 se envió el informe de autoevaluación de primer seguimiento al ICONTEC y actualmente nos encontramos a la espera de la notificación de la visita de seguimiento.

Certificación IAMI: La ESE recibió la certificación como Institución Amiga de la Infancia y la Mujer por la implementación de estrategias encaminadas a promover, proteger y apoyar la lactancia materna en la población del Municipio de Itagüí. El reconocimiento se otorgó el martes 9 de agosto de 2005 en la Sede Santamaría ubicada en la Calle 73 A 52 B 25, por representantes del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

Premio Calidad En Salud Colombia 2006: La ESE obtuvo el Premio categoría Bronce, otorgado en el XV foro "Avances y Nuevas Herramientas del Sistema de Garantía de Calidad en Salud", realizado por el Centro de Gestión Hospitalaria en Bogotá del 7 al 9 de Junio de 2006.

Premio Calidad En Salud Colombia 2009: La ESE obtuvo el Premio categoría Bronce el jueves 11 de junio en Bogotá, de manos del Ministro de Protección Social, Doctor Diego Palacio Betancourt, en el marco del Foro Anual del Centro de

Gestión Hospitalaria. Siendo la única institución premiada de 2 entidades privadas que se postularon y 3 del sector público.

Reconocimiento como Empresa Socialmente Responsable: Desde el año 2009 la ESE se Certifico ante FENALCO como EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE y hasta la vigencia actual ha logrado sostener dicho reconocimiento.

Reconocimiento de Microsoft como caso de éxito en el uso de la tecnología en el sector salud. Año 2010

Premio TOP BENCH: La ESE ha logrado ganar por 4 año consecutivo el primer lugar del Top Bench:

- Año 2012 Primer lugar del galardón Top Bench "Excelencia de la Gestión".
- Año 2013 Primer lugar del galardón Top Bench "Excelencia de la Gestión" Reconocimientos por la Gestión segura de medicamentos, hospitalización y Urgencias.
- Año 2014 Primer lugar del galardón Top Bench "Excelencia de la Gestión". Reconocimiento para los servicios de Talento Humano y Hospitalización.
- Año 2015 Primer lugar del galardón Top Bench "Excelencia de la Gestión". Reconocimiento al servicio de Urgencias como práctica exitosa.

Reconocimiento a la ESE en el libro de Mejores Prácticas de Calidad y Gestión en Salud. Años 2013 y 2014

Reconocimiento a la Excelencia en la Atención Integral de la Salud a la Primera Infancia año 2015, otorgado por la OEA (Organización para la Excelencia en salud)

Premio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas como Reconocimiento al trabajo y compromiso permanente en la prestación de servicios de salud con altos estándares de calidad a los Colombianos. Año 2015

En el Ministerio de Salud y Protección Social se realiza Reconocimiento a la ESE Hospital del Sur, por su compromiso con la Acreditación. Año 2015

Premio A La Gestión Transparente Antioquia Sana: Año 2013 Galardón Plata, Año 2014 Galardón Oro y Año 2015 "Reconocimiento a la ESE acreditada por su

trabajo en la adopción de estándares de transparencia para el cuidado de los bienes públicos, en cumplimiento de los mandatos constitucionales y legales.

EN EL MODULO CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Se reporta una evaluación promedio del cumplimiento del plan de desarrollo según las 5 perspectivas planeadas del 85% para una calificación aceptable, sin embargo dicho porcentaje es emitido según se explica, luego de la verificación del cumplimiento de actividades específicas del plan de acción de cada proceso, esto sin realizar una evaluación del objeto o esencia de manera integral de cada estrategia como tal, expresando el incumplimiento de actividades; esto luego de verificar con los líderes asistenciales y administrativos, se evidencia que si obtuvieron avances durante estos años, o presentan justificaciones razonables para no poder alcanzarlas; situaciones discutidas en diferentes comités de institución, comités en los cuales usted participaba activamente y en los cuales estaba obligado en su momento a asesorar a la dirección para su modificación en el plan de desarrollo, como lo establece las funciones de Control interno, al encontrar que no eran viables cumplir.

Adicionalmente en los cuadros donde se referencian los porcentajes de cumplimiento de los planes de acción, se promedian los resultados de las vigencias 2012 – 2015, lo cual no es pertinente ya que las actividades de cada año son independientes. En el informe se muestra como resultado el promedio de los cuatro años, cuando el real sería el que se alcanzó en la vigencia 2015, año evaluado en el informe ejecutivo de control interno.

CON RESPECTO A LAS METAS QUE SE REFERENCIAN COMO INCUMPLIDAS

IMPACTO

Afiliación en Línea de 20.000 vinculados, Esta actividad hace parte de la estrategia N° 3 “Esfuerzos conjuntos con el ente municipal para mejorar aseguramiento y uso de los servicios de salud” Esta actividad presenta un error en su planteamiento ya que según información de la Secretaria de Salud del Municipio de Itagüí, la población susceptible para afiliación, según es el siguiente: Nivel 1: 2.600 usuarios, Nivel 2: 1.800 usuarios y Nivel 3: 27.000 usuarios aproximadamente, siendo estos últimos NO susceptibles de afiliación al régimen

subsidiado según el Acuerdo 415 de 2000, por esta razón la meta establecida por la institución no es real a la población susceptible de afiliación.

En lo referente a que la *proporción de embarazos en adolescentes* que no se logró, es importante anotar que este indicador no parte del Plan de Desarrollo Institucional, es una es una meta puntual del plan de acción del Servicio de Promoción y Prevención, por lo cual no debe afectar la medición del cumplimiento del plan el cual se basa en medición de cumplimiento de actividades y no en indicadores.

PROCESOS INTERNOS

Cuando se habla sobre el incumplimiento del *Plan de Sistematización del Software para el manejo de los Eventos Adversos*, se debe aclarar que la actividad de manera puntual es la siguiente: *Actividad 6: Adopción del software de MPS para gestión de eventos adversos por metodología de protocolo de Londres*. Con respecto a esto se especifica que la ESE trabaja la Gestión de Eventos Adversos con un aplicativo interno de la institución y hace análisis con metodología Protocolo de Londres; el software del Ministerio de Salud y Protección Social estuvo en pruebas pero no fue publicado por fallas en el aplicativo. Es por esto que la ESE continúa trabajando y fortaleciendo el Modelo de Seguridad del Paciente y Gestión de Eventos Adversos con las herramientas que tiene la institución la cual realiza la trazabilidad a la incidencia de las fallas y eventos adversos. Cabe aclarar que no es obligatorio acoger el software del Ministerio de Salud y Protección Social y menos aun si este presenta fallas y no fue aprobado, razón por la cual esta actividad si fue gestionada y operada.

En lo referente a la *Proporción de Cumplimiento de la Norma de Calidad para la Certificación de Sistemas de Información*, se indica que la norma que se había planteado es la ISO 27001 que buscaba la revisión de criterios de seguridad informática en la institución, dichos criterios fueron incluidos en la política de seguridad de información y se continuara en la revisión documental del año 2016, ya que la norma genero una variación para el año 2015.

Al hablar sobre el incumplimiento de la *adquisición compresora residuos sólidos y de la adquisición de Paneles solares* se debe aclarar que estas actividades fueron producto de una referencia comparativa realizada por la ESE en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado pero no son actividades puntuales del Plan de

Desarrollo de la ESE, por lo cual no serían susceptibles de medición ni afectación en el porcentaje del cumplimiento del plan.

La Marcación dactilar, se informa que se presentó el proyecto y se analizó en comité se toma la decisión de no incluirlo en plan de desarrollo, ya que no cumplía con la visión institucional que comprende la identificación dactilar para el cliente interno y externo que es el objetivo de la actividad. Se realizaron pruebas con diferentes dispositivos (dactilares y oculares) y estos no cumplían los requisitos, además de tener un costo elevado y su mantenimiento difícil y costoso.

Con respecto a la puesta en *marcha del Proyecto de software administrativo y asistencial Panacea*, se encuentra que la ESE Hospital del Sur ingreso al plan conexión del proyecto en el año 2013 (Verificar contratos) el cual permite la actualización del sistema de información CNT a PROYECTO PANACEA, este consistía en llegar a un acuerdo con la casa de software en las horas de implementación y así lograr un descuento de más del 70% del valor real del software, La Institución actualmente tiene parametrizado el proyecto en un 87.6%; teniendo en cuenta que en ninguna institución del país está funcionando al 100%, y estos hospitales en su mayoría están en una etapa del proyecto del 80 al 90%. En la ESE estamos pendientes de la implementación de un 13.% en la parametrización de los módulos administrativos, ya que estos se deben alinear a los nuevos cambios que se han dado en el sector (Nuevo Marco Normativo- implementación de las NIIF), a la fecha estamos a la espera de una visita de referencia donde se pueda verificar su operación y funcionalidad. El proyecto PANACEA fue una decisión adoptada desde la anterior administración dadas las bondades económicas que brindaba la casa de software para la ESE por ser pioneros en el Departamento. Cabe aclarar que al tomar esta decisión fueron cotizadas casas varias de software la implementación de un sistema de información pero los costos superaban la barrera de los 400 millones de pesos, el proyecto Panacea fue acordado por un valor de \$74.472.000. Según lo anterior no se podría asumir el No cumplimiento del proyecto, toda vez que se avanzó de manera eficiente en más de un 80%

Telemetría, actividad que fue garantizada de manera continuada durante el cuatrienio en los puntos críticos y obligatorios de la ESE, tales como Control inmunológico, archivo, sistemas y almacenamiento de insumos y medicamentos, por lo cual sería actividad alcanzada en su esencia. Durante esta vigencia se instalaron sensores de telemetría en la Sede Santamaría, lo cual avala su fortalecimiento.

Cámaras seguridad, en el proyecto de infraestructura del año 2015, se implementaron 16 cámaras y se instaló el cableado para 20 nuevas cámaras, priorizando los espacios y sedes más vulnerables y prioritarias de la ESE como lo fue la sede San Pio, actualmente está en ejecución el proyecto de implementación de cámaras para las sedes Santa María y Calatrava, el cual está proyectado para el I trimestre del 2016, periodo durante el cual sigue vigente el cuatrienio de gestión de la gerente actual.

Call center, el call center de la ESE se garantizó en lo corrido de la gestión de esta administración, contando con software interno para la gestión de la asignación de citas, esto coherente con el déficit fiscal del sistema de salud, que apunta a la reducción de costos y priorización del gasto; sin embargo quedaría vigente la pretensión de fortalecer la herramienta que permita manejar estadísticas de llamadas recibidas, asignadas y perdidas. Dicha herramienta será la encargada de la administración de la planta de VOZ IP que ya se encuentra implementada en la institución.

Adecuación gimnasio y auditorio, los cambios realizados en la infraestructura física de la ESE fueron revisados y aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la revisión y aprobación de los planos no se incluyen estos espacios (gimnasio y auditorio). La ESE debe ajustarse a estos cambios ya que el proyecto debía ser construido de acuerdo a los lineamientos dados el Ministerio y fue ejecutado por el Municipio de Itagüí.

APRENDIZAJE

Se indica el no cumplimiento de la *proporción de los Equipos de cómputo del Hospital actualizados con el software de licenciamiento*, referente a esto se informa debido a los altos costos, que estarían por fuera del alcance de la ESE, se hizo gestión y se presentó proyecto al Ministerio el cual contemplaba la actualización de software y licenciamiento por un valor cercano a los 200 millones de pesos, el proyecto se realizó mediante la metodología MGA actualizada y este se encuentra radicado en la Secretaria Seccional y Ministerio de Salud y Protección Social.

En lo referente al *Proyecto Voz IP*, no es cierta la afirmación del incumplimiento total toda vez que este proyecto se cumplió en un 50% con la implementación de cableado estructurado y la planta de voz IP con sus respectivas troncales ZIP

está pendiente la adquisición del software y se incluyó en el plan de acción para el año 2016, con el fin de dar cumplimiento al 100%

FINANCIERA

Cobros Pre jurídicos, no es cierto el incumplimiento de esta actividad, toda vez que en aras de su alcance tal como se indica en el informe, se contrató una firma reconocida y especializada en el tema de cobro pre jurídico para surtir el proceso de recuperación de cartera, avanzando de manera importante en etapas como el cobro persuasivo y pre jurídico con los principales deudores de la ESE. Con ello se obtuvo resultados tan importantes como el cobro de la cartera vigente con Comfenalco como uno de los deudores más grandes, entre otros más, que pueden ser verificados y evidenciados en cada uno de los informes dispuestos por la firma de abogados y en el proceso de interventora surtido a estos.

Gestión de cartera, desde el área de tesorería y cartera de la ESE se evidencia de manera clara en el presupuesto y resoluciones emitidas, la gestión para el mejoramiento de la cartera de la ESE, a través del castigo de deudas específicamente de persona natural por su imposibilidad de la recuperación, además de la depuración de cartera de los diferentes procesos de conciliación y pago allegados con las EPS, a cargo del Auditor de cuentas, quien dispone de los soportes.

Cabe anotar que algunas de estas actividades dispuestas en el informe finalmente no fueron viables para ser ejecutadas debido a diferentes situación dispuestas, como la falta de presupuesto debido a la crisis del sistema de salud que afecta principalmente a la red prestadora de servicios de salud, por los excesivos tramites de glosas, cobros, recobros y demoras en los pagos, lo que conllevó a priorizar los recursos disponibles para el sostenimiento asistencial mas allá de proyectos administrativos planeados, priorizando la atención de la comunidad de Itagüí, como objeto final de la Gestión Pública.

EN EL MODULO EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Con respecto a las observaciones referenciadas en el informe frente a las TRD me permito hacer las siguientes aclaraciones.

La ESE Hospital del Sur tiene TRD Y TVD aprobadas desde la vigencia anterior, pero teniendo en cuenta que estas se encuentran directamente ligadas con la estructura orgánica de la institución, se requirió hacer contratación de asesores externos para su actualización, ya que el MAPA DE PROCESOS Y LA ESTRUCTURA ORGANICA de la empresa fue modificada a través del Acta de Junta No. 6 del 19 de septiembre de 2013, con el propósito de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la Resolución 123 de 2012 y Resolución 2003 de 2015, ejes centrales del Sistema de Calidad de la ESE.

En ese orden de ideas las modificaciones realizadas a las TRD y TVD fueron efectivamente presentadas al Archivo General y actualmente se encuentran en fase de revisión; si bien es cierto que el órgano asesor ha realizado observaciones de ajuste, no se puede afirmar que NO fueron aprobadas.

Es importante aclarar que actualmente la ESE cuenta con las TRD y TVD divulgadas e implementadas y se realizan las transferencias documentales desde las diferentes áreas; cabe resaltar que dichas TRD se encuentran alineadas al organigrama y mapa de procesos de la institución.

En la Línea estratégica 1. Más y mejores servicios, se hace referencia a que faltó la implementación del Software de Mantenimiento Biomédico y calibración, lo cual no es cierto, ya que en la vigencia 2015 la ESE adquirió dicho Software y actualmente se encuentra en operación.

Frente al proyecto de Plataforma para la Gestión documental, el cual también se referencia como incumplido, me permito aclarar que esto es una actividad puntual de plan de acción, que salió de una referencia comparativa, pero fue reevaluada debido a que el modulo de gestión humana del Software PANACEA cumple con las necesidades organizacionales. Actualmente este modulo se encuentra en implementación.

Frente a la actualización y cambio de cableado estructurado, a esta actividad se le dio cumplimiento con las reformas locativas realizadas durante la vigencia.

Con respecto al fortalecimiento del sistema de llamado de turno, me permito informarle que durante esta vigencia este sistema fue instalado en la sede Santamaría, la cual no contaba con él, por lo cual no sería pertinente decir que el sistema no se ha logrado fortalecer. La sede San Pío debido a reformas locativas aún no se encuentra en operación y el sistema de llamado hace parte de los

CORRIENTE EN UN 73.60%(el cual se ve afectado por lo que nos deben los diferentes actores del sistema y no depende solo del cobro de la cartera).

Al evaluar el resultado que arrojan los indicadores financieros podemos ver como la ESE a Diciembre está pasando por una iliquidez; producto de la alta cartera que tienen con el Hospital el Municipio de Itagüí(1200 millones de pesos) y las demás EPS(principalmente Savia Salud con otros 1000 millones aprox.) , endeudamiento creciente y margen negativo tanto operacional como neto que evidencia problemas de generación de ingreso que le permita sostener la su capacidad instalada física y de recurso humano ratificando la necesidad de tomar medidas drásticas las cuales serán abordadas con la junta Directiva ya que se han tomado todas las acciones que se pudieran hacer sin que afecte la correcta atención a las personas y cumpliendo con los requerimientos que cada día surgen como aplicación de NIIF, prima de servicios adicional para los empleados, costos de sostenimiento de la acreditación en salud, es decir, que al evaluar estos indicadores ligados a los indicadores presupuestales vemos como se hace perentorio la reformulación del programa con estrategias más drásticas ya que el ingreso se ha reducido derivado de la reducción de fuentes de financiamientos del orden nacional y municipal.

En conclusión, la asignación de recursos para garantizar la atención en las condiciones en la que la presta la ESE impiden lograr el punto de equilibrio esperado por la administración y gerencia en medio de una feroz de una competencia en el mercado médico, el hospital ha realizado esfuerzos en reducir costos y gastos con el de fin lograr los máximos beneficios al mejorar la gestión financiera, tratando de mediar con la conservación de una atención de alta calidad, de alta eficiencia que no permite ganar cuota de mercado, como sucedió en la última negociación con Savia quien manifestó que no podía mejorar la propuesta

de negociación aunque estuviera el hospital acreditado porque le resulta más económico contratar con las entidades que no lo están.

Para abordar el problema de la ESE se definieron medidas de reducción del gasto y de mejoría en el recaudo que no se comportaron de igual forma, toda vez que el gasto lo intervengo directamente hasta donde no deteriore las condiciones en la atención, pero el ingreso tiene un agente externo que también aplica sus propias medidas de contención llevando a un desequilibrio en la sostenibilidad financiera del modelo de salud como se ha venido presentando con altos estándares de calidad.

Se espera que la situación se pueda mejorar tratando de explorar otros mercados al contar con las instalaciones en uso y totalmente dotadas lo que contribuirá al mejoramiento y fortalecimiento de los actuales servicios y eventual apertura de nuevos servicios, así como también mejorar los respectivos porcentajes de cumplimiento.

De acuerdo a los resultados arrojados en este Monitoreo al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita se está construyendo la nueva propuesta de acuerdo a la proyección del escenario con las posibles nuevas medidas de reducción de personal y demás gastos generales para ser presentado a la Junta Directiva,

Finalmente hago alusión al manual de funciones del Jefe de Control interno dispuesto por el Hospital del Sur, donde dentro de sus funciones esenciales se encuentra de manera puntal:

- *Mantener permanentemente informados a los directivos, dando cuenta de debilidades y fallas detectadas.*
- *Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de obtener resultados esperados.*

de negociación aunque estuviera el hospital acreditado porque le resulta más económico contratar con las entidades que no lo están.

Para abordar el problema de la ESE se definieron medidas de reducción del gasto y de mejoría en el recaudo que no se comportaron de igual forma, toda vez que el gasto lo intervengo directamente hasta donde no deteriore las condiciones en la atención, pero el ingreso tiene un agente externo que también aplica sus propias medidas de contención llevando a un desequilibrio en la sostenibilidad financiera del modelo de salud como se ha venido presentando con altos estándares de calidad.

Se espera que la situación se pueda mejorar tratando de explorar otros mercados al contar con las instalaciones en uso y totalmente dotadas lo que contribuirá al mejoramiento y fortalecimiento de los actuales servicios y eventual apertura de nuevos servicios, así como también mejorar los respectivos porcentajes de cumplimiento.

De acuerdo a los resultados arrojados en este Monitoreo al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita se está construyendo la nueva propuesta de acuerdo a la proyección del escenario con las posibles nuevas medidas de reducción de personal y demás gastos generales para ser presentado a la Junta Directiva,

Finalmente hago alusión al manual de funciones del Jefe de Control interno dispuesto por el Hospital del Sur, donde dentro de sus funciones esenciales se encuentra de manera puntal:

- *Mantener permanentemente informados a los directivos, dando cuenta de debilidades y fallas detectadas.*
- *Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de obtener resultados esperados.*

Siendo así, usted es corresponsable en los resultados alcanzados en la gestión de la ESE, los cuales estamos seguros que fueron satisfactorios, según evidencias dispuestas y por lo cual se hizo necesario hacer este informe aclaratorio a fin de no dejar calificaciones en firme que parten de presunta malinterpretación, falta de conocimiento o fallas en el análisis del dato.

Muchas gracias por la atención, dispuesta siempre a resolver cualquier inquietud en el marco del fortalecimiento de lo público.

Cordialmente,



GLORIA PATRICIA VALENCIA LOPEZ
Gerente
ESE HOSPITAL DEL SUR

- cc. Dra. Liliana Caballero Durán. Directora Departamento Administrativo de la Función Pública.
- cc. León Mario Bedoya López. Presidente Junta Directiva
- cc. Dr Omar Ochoa. Director Local de Salud
- cc. Dra. Maryory Ruiz. Representante de los funcionarios administrativos
- cc. Dr Diego Arenas. Representante de los funcionarios Asistenciales
- cc. Sra. Angela Maria Zapata. Representante Asociación de Usuarios.