

INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE JULIO A OCTUBRE DE 2017 LEY 1474 DEL 2011

La ESE Hospital del Sur – GJP, fue constituido mediante el Acuerdo Municipal No.011 de Agosto 03 de 1999, con el objeto social de prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En desarrollo de este objeto podrá contratar con los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, la realización de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud en el primer nivel de complejidad y de acuerdo a su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa. Asimismo, la Prestación de servicios correspondientes al Plan Obligatorio de Salud-POS, de acuerdo con su capacidad.

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El Hospital del Sur, cuenta con un documento Socializado y Evaluado (Plan de Desarrollo 2016- 2019) "SALUD CON EQUIDAD", en la cual se materializará los objetivos trazados por la gerencia del Dr. Oscar Fernando Jimenez López, y se desarrolla en las tres (3) sedes de atención del hospital, distribuidas estratégicamente en el área del municipio de Itagüí (San Pio, Santamaría y Calatrava). Con el fin de hacer operativo el planteamiento estratégico se realizará mediante planes anuales de acción para cada uno de los siguientes programas, dividido en Procesos Misionales y Administrativos:

- ❖ **Proceso Misional:** Es la Atención en la prestación de los servicios de salud de forma humanizada, segura, oportuna, pertinente, accesible, continua con eficiencia, logrando impactar en la comunidad; cuenta según la nueva planta de cargos con 62 personas de planta global (Acuerdo No. 16 de noviembre 22 de 2016), y para el cumplimiento misional se ejecutará en 8 programas (planes de acción):
 - ✓ Hospitalización, Consulta Externa y Hospitalización
 - ✓ Farmacia
 - ✓ Odontología
 - ✓ Protección Específica y Detección Temprana
 - ✓ Seguridad del Paciente
 - ✓ Vigilancia Epidemiológica
 - ✓ Imaginología
 - ✓ Laboratorio

- ❖ **Proceso Administrativo:** parte fundamental para el desarrollo y apoyo a su misión, con el fin de ser un hospital eficiente se requiere tener definidos claramente sus planes, objetivos, conociendo su realidad, direccionar sus procesos para alcanzar las metas planteadas, es así que

la parte de apoyo cuenta con 38 personas según Acuerdo No. 16 de noviembre 22 de 2016. Sin embargo el conductor de naturaleza de Libre nombramiento y remoción se jubiló para el primer trimestre del 2017, quedando una planta administrativa de 37 Servidores Públicos; y para el cumplimiento administrativo se ejecutará en 6 programas (planes de acción):

- ✓ Gestión Financiera
- ✓ Gestión de la Información
- ✓ Gestión de la Tecnología
- ✓ Gestión de la Calidad
- ✓ Gestión del Talento Humano
- ✓ Gestión del Ambiente Físico

COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

Para este componente se debe tener en cuenta que el hospital pasó por un proceso de reestructuración administrativa, en el cual busca la optimización del recurso humano y encontrar el punto de equilibrio, es así como el hospital realizó la supresión de 21 cargos administrativos y 43 asistenciales, adicional a lo anterior se suprimieron un cargo administrativo y uno asistencial esperando que se surtiera Resolución de jubilación (Conductor) e incapacidad respectivamente; además de 3 profesionales universitarios.

De la anterior reestructuración, se ha tenido que reintegrar a 6 personas, de las cuales cinco eran misionales (asistenciales) de éstos uno es de carrera; y uno administrativo que también es de carrera. Los de carrera fueron de fallos de tutela por estabilidad laboral reforzada. Las personas que se reintegran de carrera administrativa se les restituyó con retroactividad, las demás (4) se les creó una planta temporal.

El hospital se encuentra al 31 de octubre al día por los conceptos de prestaciones sociales, seguridad social y vacaciones.

COMPONENTE ESTRATÉGICO

El Hospital del Sur tiene suscrito con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero-PSFF desde el año 2014, donde el comportamiento y seguimiento a las metas definidas por el hospital desde ese entonces, no se han cumplido y continúa presentando déficit presupuestal en las vigencias 2014, 2015 y 2016 por valor de (\$-3.399.667.904), (\$-3.889.609.874) y (\$-3.738.692.522) respectivamente, observándolo desde el punto de vista Recaudo vs Compromiso.

En ese orden de ideas, se viene trabajando con un presupuesto para el año 2017 definido desde el punto de vista del recaudo (Artículo 12 del Decreto Nacional 115 de 1996), buscando un equilibrio en la operación - objeto social.

Las cuentas por pagar a octubre 31 del 2017, ascendieron a \$3.789.237.013 pesos, la cual se puede detallar por edades de la siguiente manera:

| SIN VENCER | ENTRE 0 Y 30 | ENTRE 31 Y 60 | ENTRE 61 Y 90 | ENTRE 91 Y 120 | ENTRE 121 Y 360 | MAS DE 360 |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|
| \$ 896.665 | \$ 530.742.292 | \$ 430.815.311 | \$ 100.384.509 | \$ 361.637 | \$ 272.398.237 | \$ 2.453.638.362 |

Sin incluir el valor de las estampillas de vigencias anteriores que se le debe al Municipio de Itagüí por valor de: \$325.722.958.

Las cuentas por pagar mayor a 360 días no tiene respaldo presupuestal. Sin embargo, en conjunto con la administración municipal, se está realizando las gestiones pertinentes para el pago de la deuda y se va incluir en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del Municipio para el pago total de la misma.

En cuanto a la Cartera con corte a septiembre 30 de 2017 tiene un total de \$1.393.391.541, de los cuales se cuenta con una cartera pendiente por radicar por valor de: \$1.171.440.085. La cartera se discrimina por edades de la siguiente manera y que cruza con lo reportado en el SIHO:

| HASTA 60 | 61-90 | 91-180 | 181-360 | MAS 360 |
|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| \$ 545.152.246 | \$ 22.993.175 | \$ 180.318.203 | \$ 126.230.985 | \$ 518.696.932 |

Es de anotar que el hospital viene realizando las respectivas medidas de cobro a las entidades mediante cobro coactivo, derechos de petición, cobros pre jurídico y jurídico.

GESTIÓN TRANSPARENTE Y ANTICORRUPCIÓN

El hospital cuenta con el mapa de riesgos institucional y por proceso, del cual hace parte también el mapa de riesgos institucional Anticorrupción. Éste último se encuentra aprobado para la vigencia 2017 y publicado en la página web institucional www.hospitaldelsur.gov.co, para el primer cuatrimestre el Plan tiene una calificación del 81%.

2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La ESE Hospital del Sur tiene soportados, divulgados, publicados y caracterizados los documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos, guías, políticas, manuales y protocolos; todos publicados en el sistema ISOLUCION.

Asimismo se cuenta con el modelo de escucha activa, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario en la sedes de Santamaría y San pio, buzones de sugerencias en las tres sedes, quejas y reclamos, incluso hay acceso directo para interponer las manifestaciones (PQRS) por parte de los usuarios a través de la página WEB institucional: www.hospitaldel.gov.co, la cual ya reposa el informe de las mismas corte a junio de 2017, en el Link de Calidad y Control Interno de la página WEB.

Al mismo tiempo el hospital cuenta con el plan de información Primaria, soportado con el software Workmanager, que sirve de soporte para una adecuada recepción, registro, distribución y seguimiento de los documentos; el plan de matriz de información tuvo una evaluación a corte de septiembre 2017 del 97%.

ATENCIÓN AL CIUDADANO

La institución cuenta con la oficina de atención al ciudadano en dos de las tres sedes (San Pio y Santamaría), de los cuales se prestan los siguientes servicios: referencia y contrareferencia del servicios ambulatorio, asesoría sobre el sistema de salud, entrega de resultados de ayudas diagnósticas, se verifica los tiempos de atención y calidad para minimizar las barreras de acceso, atención a población priorizada, orientación personalizada a los usuarios y acompañantes en los servicios de salud que se prestan en el hospital, se realizan afiliaciones al régimen subsidiado de Savia Salud a menores de 18 años, tramite de personalizado de las PQRS, realizan acompañamiento a los usuarios y familiares en los servicios de hospitalización y urgencias, educación y orientación grupal en las salas de espera, se evidencia y se gestiona en los casos reportados de vulneración de derechos y deberes, información de inclusión y exclusiones del POS.

Igualmente y en compañía de la oficina de control interno se realiza el informe semestral de las manifestaciones (PQRS) de manera oportuna y son publicadas en el Link de Calidad y Control Interno de la página web institucional, de acuerdo al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

Además, el hospital cuenta con el comité de Bienestar Social de Estímulos e Incentivos, soportado mediante Resolución 036 de enero de 2015 y posee un seguimiento al corte de septiembre de 2017 del 100%. El comité funcionara con lo que se recaude de los préstamos que fueron otorgados en vigencias anteriores y de esta forma y con dichos recursos se coordinará y se realizaran las actividades para cada vigencia.

De otra parte, se realizó la autoevaluación de Acreditación anualmente durante el primer trimestre de la vigencia 2017, con un resultado del 3.2 sobre 5, soportado con la evaluación de los estándares de la Resolución 123 del 2012, se dejan las recomendaciones pertinentes, los cuales sirven de base para realizar los planes de mejora de cada proceso.

El hospital cuenta con un comité del más alto nivel jerárquico, denominado Comité de Calidad y de Control Interno, el cual se soporta mediante Resolución No. 094 de marzo de 2015, el cual se reúne de

manera trimestral y tiene como objetivo la presentación de informes gerenciales de cada proceso. Para la vigencia 2017 se realizó con corte al mes de junio.

Se está programando la reunión del tercer trimestre para el mes de noviembre. Las 4 reuniones programadas son para los meses de: (mayo, agosto y noviembre), La evaluación del último trimestre del 2017 (Diciembre), se realiza conjuntamente con la jornada de planeación del año siguiente (2018). Las actas se encuentran publicadas con todos los anexos y presentaciones en la plataforma del sistema de calidad ISOLUCION.

Asimismo, se realizan los análisis de los indicadores de cada proceso de tal manera que sirva para la toma de decisiones, observar las desviaciones y según sea el caso llegar a levantar las acciones de mejora pertinentes y las recomendaciones a los directivos, lo cual se realiza en el comité mencionado anteriormente.

SEGUIMIENTO

En la E.S.E se realiza seguimiento a los planes de acción, planes de trabajo de los comités, planes de mejora producto de auditorías internas o externas, rendición de informes ejecutivos a los diferentes entes de control, planes de mejora individual e informes de gestión.

La interpretación de la calificación de los planes es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90%
- Aceptable: calificación entre 80% y 89%
- Regular: calificación por debajo del 79%.

El seguimiento a los planes anuales de acción es de la siguiente manera corte a septiembre del 2017:

ASISTENCIAL:

| No. | ESTRATEGIAS OPERATIVAS 2017 | % AVANCE TRIMESTRE I | % AVANCE TRIM II | % AVANCE TRIM III | % AVANCE ACUMULADO 2017 |
|---|-------------------------------|----------------------|------------------|-------------------|-------------------------|
| 1 | PROTECC ESPECIF Y DETECC TEMP | 72% | 72% | 89% | 78% |
| 2 | HOSPIT. URGENC y CONS EXT. | 68% | 84% | 69% | 74% |
| 3 | ODONTOLOGIA | 98% | 92% | 100% | 97% |
| 4 | LABORATORIO | 84% | 85% | 100% | 90% |
| 5 | IMAGINOLOGIA | 88% | 100% | 90% | 93% |
| 6 | FARMACIA | 78% | 78% | 100% | 85% |
| 7 | SEGURIDAD DEL PACIENTE | 93% | 93% | 100% | 95% |
| PROMEDIO DE EJECUCION DEL PLAN PARA EL TRIMESTRE | | 83% | 86% | 93% | 87% |

En el cuadro anterior se puede analizar que los servicios que presentan un seguimiento satisfactorio son los procesos de: Odontología con un 100%, Laboratorio con el 100%, Imaginología con un 90%, Farmacia con el 100%, y Seguridad del Paciente con el 100%, de las actividades programadas (Eficacia). El proceso de Protección Específica y Detección Temprana con una calificación aceptable del 89% y por último el proceso Asistencial con una calificación regular del 69%. Para un promedio acumulado al corte de septiembre de todos los procesos del 87%, para una calificación aceptable.

El proceso de Imaginología que en el segundo trimestre no se había evaluado, dado que la responsable no se presentó para su seguimiento, se evaluó dicho trimestre extemporáneamente junto al trimestre de septiembre del 2017.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS:

❖ Urgencias

En general este servicio ha presentado una demanda con tendencia un poco a la baja debido a que buena parte de los pacientes se les da cita por consulta prioritaria la cual se suma a las consultas ambulatorias asignadas para el mismo día en la institución En promedio se está manejando entre 1700 y 1800 consultas por mes

❖ Servicios Ambulatorios

Se está cumpliendo con lo esperado para la población asignada y de acuerdo con los contratos establecidos teniendo en cuenta la UPC asignada a los servicios de la ESE en coherencia con la oportunidad ofrecida y los niveles de accesibilidad y satisfacción esperados

❖ Hospitalización

Este servicio se reactivó durante el último año agregando además la ocupación del porcentaje ocupacional ocioso con los pacientes de salud mental manejados por Mente Plena De esta manera se ha logrado recuperar el porcentaje ocupacional del 60% que tenía hasta hace algunos años

❖ Salas de Parto

Luego de reactivar el servicio de Hospitalización se ha incrementado lentamente los ingresos a atención del parto además de la promoción que se está haciendo desde los servicios de Protección Específica y Detección Temprana ya que actualmente se ingresan en promedio 60 a 70 gestantes mensualmente y aunque aproximadamente la mitad se remiten por alto riesgo, se espera que al menos ingresen de 10 a 20 trabajos de parto para atención

❖ Apoyo Diagnóstico

El servicio de apoyo diagnóstico se ha aumentado un poco como consecuencia del aumento en el número de consultas realizadas. Pero en general está en promedio 8 exámenes por mes Es de anotar que aproximadamente la mitad son de Protección y Detección

❖ Apoyo Terapéutico

Se están entregando casi el 100% de los medicamentos a los usuarios de los programas debido a que se dio prioridad desde la gerencia a este aspecto clave en la prestación de los servicios

❖ Servicios Conexos a la Salud

Se reactivaron las visitas domiciliarias y actividades extramurales además de los talleres colectivos para el segundo trimestre Además se incluye el servicio de alimentación

CITAS INCUMPLIDAS DEL TRIMESTRE TERCER TRIMESTRE-2017

| Total de Citas No Cumplidas por Especialidad | | | | |
|---|---------------------------------|--------------|---------------|-------------------|
| ESE Hospital del Sur de Itagüí GJP | | | | |
| 2017 | | | | |
| Especialidad | Nombre Actividad | Julio | Agosto | Septiembre |
| Alt. Adulto mayor de 45 años | Cita No Cumplida en PyD | 4 | 2 | 2 |
| Alt. Dilo joven 10 a 29 años | Cita No Cumplida en PyD | 19 | 26 | 10 |
| Alt. Dilo del < 10 años | Cita No Cumplida en PyD | 53 | 123 | 27 |
| Atención de hta y diabetes | Cita No Cumplida en PyD | 84 | 128 | 77 |
| Atención del parto | Cita No Cumplida en PyD | 0 | 1 | 0 |
| Atención planificación familiar | Cita No Cumplida en PyD | 9 | 22 | 21 |
| Det. de alt. Del embarazo | Cita No Cumplida en PyD | 20 | 55 | 18 |
| M.Gral. Consulta externa | Cita No Cumplida | 150 | 147 | 315 |
| Det. Temprana CA cuello uterino | Cita No Cumplida en PyD | 19 | 28 | 3 |
| Odontología integral | Cita No Cumplida en Odontología | 47 | 62 | 56 |
| Programa aires | Cita No Cumplida en PyD | 0 | 5 | 0 |
| Total | | 405 | 599 | 529 |

ADMINISTRATIVO:

| No. | ESTRATEGIAS OPERATIVAS 2017 | % AVANCE TRIM I | % AVANCE TRIM II | % AVANCE TRIM III | PORCENTAJE AVANCE ACUMULADO 2017 |
|--|---|--------------------|---------------------|----------------------|---|
| 1 | ESTRATEGIA No. 1. GESTIÓN FINANCIERA | 94% | 95% | 86% | 92% |
| 2 | ESTRATEGIA No. 2. TALENTO HUMANO | 100% | 96% | 100% | 99% |
| 3 | ESTRATEGIA No. 3. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | 78% | 81% | 90% | 83% |
| 4 | ESTRATEGIA No. 4. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | 86% | 88% | 90% | 88% |
| 5 | ESTRATEGIA No. 5. GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO | 100% | 95% | 100% | 98% |
| 6 | ESTRATEGIA No. 6. GESTIÓN DE LA CALIDAD | 89% | 89% | 75% | 84% |
| PROMEDIO EJECUCION DEL PLAN POR TRIMESTRE | | 91% | 91% | 90% | 91% |

Para los procesos administrativos, el seguimiento con corte a septiembre arroja los siguientes resultados: gestión financiera con una aceptación del 86%, Talento Humano con un 100%, Gerencia de la Información 90%, Gestión del Ambiente Físico: 100% y Gestión de la Calidad con un 75%. Para un acumulado al tercer trimestre satisfactoria del 91%.

AUDITORIAS INTERNAS

El Hospital cuenta con un cronograma anual de auditorías internas, para lo cual se habían programado para el tercer trimestre 8 auditorías de las cuales se realizaron 7 para un 88% de cumplimiento, quedó pendiente para el cuarto trimestre el proceso de gestión financiera.

Asimismo, el plan de trabajo del comité de auditorías quedó con una calificación promedio a septiembre del 88%:

AUDITORIAS EXTERNAS

CONTRALORIA MUNICIPAL DE ITAGUI

La Contraloría Municipal de Itagüí, realizó las siguientes auditorías al Hospital del Sur a junio del 2017:

1. Auditoria Exprés No. 1 del 2017, sobre el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, y los resultados de su gestión en la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, de las vigencias 2016 y 2017.
2. Auditoria Especial 016 del 2017, Sobre las Finanzas Publicas del Hospital, y el cual tiene un avance parcial de seguimiento con corte a septiembre del 74%
3. Auditoria Regular 015 de 2017, Control de Gestión y Resultados
 - ❖ Control Financiero (Estados Financieros y Control Interno Contable)
 - ❖ Control de Gestión (Gestión Contractual, Legalidad y Rendición de Cuenta)
 - ❖ Control de Resultados (Plan de Desarrollo o Plan Estratégico).

Con un avance parcial al corte de septiembre del Plan de Mejoramiento del 85%.

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

- ✓ Call Center Hospital del SUR Población Pobre No Afiliada-PPNA el 22/09/2017
- ✓ Visita de seguimiento al programa ampliado de Inmunizaciones para verificación de inventario y ajustes en sistema nominal del 10/07/2017

3. EJE TRANSVERSAL - COMUNICACIONES

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Pagina web, la cual se encuentra en proceso de mejoramiento y modernización para poder dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014, sobre Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública y el Manual 3.1 de Gobierno en Línea.

Además se cuenta con la intranet, carteleras, procedimientos de comunicación tanto organizacional como informativa, boletines institucionales, campañas institucionales, manual de imagen corporativa (última actualización junio 12 de 2014), consentimientos informados, oficina de atención al usuario en las sedes de San Pio y Santamaría.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción y de Atención al ciudadano, cumpliendo con la normativa de la Ley 1712 de 2014 sobre la Transparencia y al Derecho de Acceso a la Información Pública. Además, se realizó el plan de trabajo para cumplir con los requisitos que la misma norma exige, Ley 1474 de 2011, de tal manera que podamos mejorar y culturizar a los funcionarios

sobre los temas Anticorrupción, Antitrámites, Transparencia, Rendición de cuentas y el mejoramiento para la atención al ciudadano:

En cuanto Las Tablas de Retención Documental-TRD y las Tablas de Valoración Documental-TVD permiten tener los procedimientos del archivo actualizados, de acuerdo a la Ley 594 de 2000, así como el registro de las transferencias del archivo de gestión al archivo central e histórico y la disposición final de los documentos. Sin embargo, las TRD y TVD se encuentran desactualizadas.

Asimismo, el hospital no cuenta con una política de Gestión Documental ni el programa de gestión documental para la planeación y valoración documental, la producción, recepción, direccionamiento y organización de documentos, distribución, consulta, transferencia y disposición, y preservación; estos últimos tres subprocesos, lo establece previamente las TRD.

DIFICULTADES

- ✓ La parametrización y puesta en marcha del software empresarial (Administrativo y Asistencial), que se encuentra atrasada para su puesta en marcha hace tres (3) periodos 2014, 2015, 2016 y lo transcurrido del año 2017. El gerente Dr. Jimenez, contrato los servicios de la Ingeniera en sistemas Sandra Marcela Pineda Perilla, experta en la parametrización entre los sistemas CNT y PANACEA, la cual tiene como objetivo el funcionamiento y la puesta en marcha del sistema, realizando las pruebas de integración de los módulos del sistema para el mes noviembre y puesta en marcha en el mes de diciembre del 2017 y salir a producción en la transición de cambio de año 2017 y 2018, en compañía con los responsables de cada proceso.
- ✓ El pago de las cuentas por pagar de vigencias anteriores las cuales no cuenta con soporte presupuestal.
- ✓ En cuanto a la ejecución presupuestal se tiene al corte de septiembre 30 del 2017 unos ingresos recaudado por valor de \$11.887.931.127 millones de pesos y se tienen unos compromisos (gastos) \$13.864.318.777, por lo cual se puede diferir que se cuenta con un déficit presupuestal de \$1.976.387.650 pesos.
- ✓ El valor de las pretensiones de las demandas jurídicas en contra del hospital asciende alrededor de \$5.377.224.000 pesos de acuerdo al informe de los asesores jurídicos de la E.S.E soportado en la consultan que realizan en la Rama Judicial y registrado en contabilidad.
- ✓ El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero-PSFF de la E.S.E. aprobado y adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 005 del 11 de agosto de 2014, debe ser modificado, dado que no se cumplió con los objetivos propuestos en dicho plan, aunque se pusieron en marcha algunas de las estrategias propuestas para disminuir el gasto, las medidas no fueron

eficaces; en la actualidad las perspectivas financieras y administrativas de la E.S.E han cambiado y las metas allí viabilizadas no esgrimen para enfrentar la crisis financiera del hospital.

Ahora bien, la administración actual viene trabajando en la en el proceso de modificación al Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, tanto que el gerente argumentó al MHCP, Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia, a la dirección Local de Salud y a la Junta Directiva, la modificación al PSFF aprobado en el año 2014, dado que la calificación y seguimiento con corte a diciembre 31 del 2016 dio un 70% de cumplimiento.

El monitoreo del PSFF a corte de junio de 2017, según evaluación de los programas viabilizados del MHCP, concluyeron en términos generales que: *"Se concluye que la ESE no alcanzará el escenario financiero propuesto en el Programa para la vigencia 2017 y que posiblemente su calificación podría ubicarse en ALERTA ALTA"*.

Es por eso que el gerente del hospital en reunieron en el mes julio con el Dr. Raúl Alberto Brut, Evaluador General y Coordinador de los Programas de Riesgos de Saneamiento Fiscal y Financiero a nivel Nacional, recomendó realizar un nuevo diagnóstico con las realidades actuales de la ESE y con los formularios que le aplican a las entidades del Modifica, con argumentos, características y medidas a cumplir, de tal manera que se presente ante el departamento de Antioquia el 30 de agosto del presente en espera de la aprobación o viabilidad por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP.

Cordialmente,



JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA
Jefe de Oficina de Control Interno
ESE Hospital del Sur – GJP