Samacá, 25 de julio de 2022

Doctora
ADRIANA XIMENA GALINDO SANDOVAL
Gerente
E.S.E Hospital Santa Marta Samacá

Ref.: Informe seguimiento a PQRS y F del primer semestre de 2022

La Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones, establecidas en la ley 87 de 1993 en concordancia con el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 evalúa las actividades desarrolladas dentro del Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias de la Entidad, con el fin de plantear recomendaciones que permitan mejorar la atención y comunicación con nuestros clientes, usuarios, partes interesadas y comunidad en general.

1. OBJETIVO

Verificar y validar la oportunidad y calidad del proceso de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias – PQRS, así como de la operación de la Oficina de Atención al Usuario, de la ESE Hospital Santa Marta de Samacá, del periodo comprendido entre julio y diciembre de 2021.

2. FUNDAMENTO NORMATIVO

Ley 1474 del 12 de julio 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.	Art. 76. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos. En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

Decreto Nacional 780 de 2016 de Presidencia de la República. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.	Título 1. Participación en la Prestación de Servicios de Salud. Art. 2.10.1.1.3. Servicio de atención a los usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1755 del 30 de junio de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.	Título II. Derecho de Petición. Capítulo I. Derecho de Petición ante Autoridades Reglas Generales. Art 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma. Art. 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción.
Decreto Nacional 1083 de mayo 26 de 2015 de Presidencia de la República. Único Reglamentario de la Función Pública. Capítulo 6. Modelo Estándar de Control Interno.	Capítulo 2. Instancias de Articulación y Competencias. Art. 2.2.21.2.5 Evaluadores. Los evaluadores son los encargados de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía del Sistema de Control Interno, con el fin de recomendar las mejoras pertinentes.

	e) Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana.
Resolución Nacional 256 de febrero de 2016. Ministerio de Protección Social. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. ABECÉ.	Monitoreo de la Calidad. Art 4. Adopción de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Para efectos del monitoreo de la calidad en salud, adóptense los indicadores contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 1, 2, y 3 que forman parte integral de la presente resolución. Este monitoreo contará con un enfoque sistémico que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención. El Anexo Técnico No. 1 de esta resolución contiene la ficha de los indicadores establecidos para las entidades obligadas a reportar, los cuales se vinculan entre sí con el propósito de articular la gestión y contribuir al logro de los resultados en salud para la población colombiana.
1.2.6. Circular Externa 008 de 2018 de la Supersalud. Mediante la cual se imparten directrices importantes para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB incluyendo las Entidades Adaptadas y los Regímenes Especiales y de Excepción, a las	1.3. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD). Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las Entidades Territoriales y a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Primero del Título Vil de la Circular Única y en la normatividad vigente.
Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Protección Social. Por la cual se adopta la política de participación social en salud (PPSS).	Marco estratégico. 6.5.4. Control social en salud d) Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.

3. DEFINICIONES

- **Agradecimiento:** Sentimiento de gratitud que se experimenta como consecuencia de haber recibido algo que se necesitaba.

- **Calidad de la atención de salud:** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

- **Felicitaciones:** Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de los servicios prestados.

- **Queja y/o Reclamo**: Se refiere a la manifestación de disgusto o inconformidad hacia la prestación de un servicio, que denota una posible vulneración de un derecho o una promesa de servicio.

- **Sugerencia:** Se refiere a la acción de proponer ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o al desempeño de funciones.

- **Derecho de Petición**: Es el derecho que tiene toda persona a presentar peticiones respetuosas a las Autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución (C.N. art. 23). De acuerdo con nuestra ley la petición puede hacerse a través de diferentes modalidades y se atenderán dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción o de acuerdo con su modalidad, de la siguiente manera:

    - *Solicitud de documentos o información:* Requerimiento para la reproducción de documentos que reposan en los archivos de la entidad. Deberán atenderse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción.

    - *Consulta:* Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán atenderse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.
    - *Solicitud de Información Pública:* Cuando se solicita acceso a la información pública que la Entidad genera, obtiene, adquiere o controla en el ejercicio de su función deberán atenderse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción.
    - *Peticiones entre autoridades:* Cuando una autoridad formule una petición de información o de documentos a otra, esta deberá resolverla en un término no mayor de diez (10) días.

- **Denuncia:** (por actos de corrupción Internos / Externos). Esla puesta en conocimiento ante la autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa – sancionatoria o ético profesional. Es necesario que se indiquen las circunstancias de tiempo, modo y lugar, con el objeto de que se establezcan responsabilidades. Deberán atenderse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción.

- **Canales de atención:** Medios y espacios de que se valen los ciudadanos para realizar trámites y solicitar servicios, información, orientación o asistencia.

- **Tutela:** Es un mecanismo que tiene por objeto la protección de los derechos constitucionales fundamentales, aún aquellos que no se encuentren consagrados en la constitución, cuando estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad.

4. ESTRUCTURA DEL INFORME

A continuación, se desarrollan y presentan los principales aspectos verificados por la Oficina de Control Interno del Hospital Santa Marta de Samacá:

1. Atención y Orientación al Usuario – Revisión de canales de comunicación
2.Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
3. Informes de satisfacción al usuario, derivadas de las encuestas de satisfacción aplicadas al usuario en el primer semestre 2022
4. Comité de ética
6.Gestión asistencial realizada por el área de atención al usuario primer semestre de 2022

4.1 Atención y Orientación al Usuario - Revisión de Canales de Comunicación

La E.S.E. HOSPITAL SANTA MARTA DE SAMACA, cuenta con un área específica de Atención al Usuario, recepción de solicitudes e inquietudes y PQRS y F, mediante la disposición de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad.

Canal	Modo de contacto
PRESENCIAL	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en consulta externa, en horario hábil laboral
BUZON DE SUGERENCIA	Se dispone de tres buzones, ubicados en consulta externa, urgencias y hospitalización. Se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones A los cuales se les da apertura cada 15(quince) días, con un representante de la comunidad y la trabajadora social de la ESE, para proceder a realizar la respectiva gestión

	para dar respuesta a estas manifestaciones en los términos de ley.
LINEA TELEFONICA	La entidad ha dispuesto la línea telefónica de atención al usuario dispuesto en horario laboral de la oficina SIAU a través del Numero: 7-372008 extensión 30.
ENCUESTAS DE SATISFACCION	Esta encuesta para conocer la satisfacción del usuario con la prestación de servicios de salud, son aplicadas presencial y telefónicamente.
VIRTUAL	PAGINA WEB INSTITUCIONAL: https://esehospitalsamaca.gov.co/
	CORREO INSTITUCIONAL - a través de su oficina SIAU para las PQRS es: tsocial@ esehospitalsamaca.gov.co
FÍSICO	Toda correspondencia, documentos o escritos

La Oficina de Control interno ha validado y revisado el funcionamiento de los diferentes canales de comunicación y encuentra que están implementados en y funcionamiento. Así mismo, se encuentran soportes de la promoción del uso de los mecanismos de participación ciudadana como buzones, encuestas de satisfacción, y desde la Oficina de Atención al Usuario, se dan orientaciones para la solución de inquietudes de pacientes y familiares que llegan por primera vez a la Institución. Por supuesto es un proceso susceptible de mejoramiento.

4.2 Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias

Con base en información consolidada a través de los distintos canales y procesada por la Coordinadora de la oficina SIAU, para el primer semestre de 2022, arroja los siguientes resultados:

***Tabla 1**. PQRSF Tramitados en la Oficina de Atención al Usuario por Mes*

Mes	Petición / Solicitados	Queja	Reclamo	Sugerencia	Felicitación	Derechos de Petición
Enero		2				
Febrero	1	2				1
Marzo		4		1		1
Abril	1	6				1
Mayo	2	6		2		
Junio	1	8			1	

Fuente: Información suministrada Oficina de SIAU – HSM

***Tabla 2**. Participación porcentual según tramite*

TRÁMITE	CANT. I SEMESTRE 2022	%
PETICIONES /SOLICITUDES	5	12,3%
QUEJAS	28	68,3%
RECLAMOS	0	
SUGERENCIAS	3	7,3%
FELICITACIONES	1	2,4%
DERECHOS DE PETICIÓN	3	7,3%
USUARIOS	1	2,4%
TOTAL	**41**	**100%**

Fuente: Propia con base en Información suministrada Oficina SIAU

Para el primer semestre de 2022 se recibieron un total de 41 PQRS y F, de las cuales: el 68,3% (28) corresponden a Quejas, evidenciando un leve incremento en comparación con el anterior semestre; el 7,3% (3) corresponden a sugerencias presentadas, peticiones o solicitudes se presentaron 5 con una participación del 12,3%, y para este semestre se presentaron 3 derechos de petición con una participación porcentual del 7,3% y 1 felicitación con una participación porcentual del 2,4%. Denotando de manera general un incremento en la radicación de PQRS y F, en comparación con el segundo semestre de 2021 del 47%.

Los principales motivos de radicación de PQRS y F fueron:

Atención: los usuarios expusieron situaciones donde experimentaron que no fueron atendidos de manera correcta como demora en la atención en el área de urgencias, la perdida de las citas por parte de los usuarios debido a que llegan más de 10 minutos después de la hora fijada.

Maltrato: los usuarios informaron sobre acciones que generaron maltrato hacia los usuarios y en ocasiones empleados en cuanto a la comunicación no asertiva, tono de voz alto y lenguaje no apropiado.

Procesos y/o procedimientos: se evidencio insatisfacción frente a algunos procedimientos realizados por los profesionales médicos y procesos en el área de laboratorio.

Sugerencias: los usuarios dieron a conocer sus perspectivas frente a los servicios prestados como lo son ampliar los canales de comunicación y horarios de solicitud de citas y el servicio como tal, los cuales fueron tenidas en cuenta para realizar y ejecutar el plan de mejora.

Peticiones/solicitudes: los usuarios y entidades formalizaron sus solicitudes referentes a información y atención prioritaria a usuarios con afectaciones importantes en su salud.

Los estados de las PQRSF en su mayoría ya se encuentran contestadas y se dieron a conocer a los usuarios que la interpusieron a través de la vía telefónica, correo electrónico y en la oficina del SIAU, dos quejas se encuentran en comité y unidad de análisis de seguridad del paciente.

***Tabla 3**. PQRS y F I Semestre 2022 Discriminado por área o servicios*

ÁREAS O SERVICIOS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	QUEJAS	RECLAMO	PETICION/ SOLICITUDES	DERECHO DE PETICIÓN	Total
URGENCIAS	1	1	16		1	1	20
HOSPITALIZACION							
CONSULTA EXTERNA		2	11		4	2	19
ADMINISTRACION					1		
USUARIOS			1				1
TOTAL	**1**	**3**	**28**		**6**	**3**	**41**

Una vez revisado el procedimiento y realizada trazabilidad del mismo se establecieron las siguientes acciones de mejora implementadas con fundamento en las principales causas de radicación de PQR:

- Ampliación de horarios de solicitud de citas
- La ampliación del equipo médico debido al alto número de usuarios.
- Capacitaciones al equipo de talento humano frente a la atención a los usuarios de manera cálida y respetuosa.
- Línea telefónica exclusiva para la atención e información al ciudadano y cancelación de citas.
- Reinducción al personal de laboratorio y equipo profesional médico frente a procesos y procedimientos de cada área
- Socialización personalizada de los derechos y deberes a los usuarios.
- Apertura de buzón de sugerencias de las áreas 1 vez por semana.

Acciones que son monitoreadas por Control Interno, periódicamente a través de observación y revisión documental.

Al evaluar el indicador “Promedio de Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias”, el cual establece el número de días promedio en que se le dio respuesta a las Reclamaciones y Sugerencias presentadas por los usuarios. Se establece que se han presentado algunas respuestas en extemporaneidad en razón a distintas situaciones revisadas en comité de ética.

Control Interno en su rol de seguimiento y monitoreo de la Gestión de las PQRS y F, encuentra que para el caso del Hospital Santa Marta de Samacá, en el primer semestre de 2022, se evidencian oportunidades de mejora tanto en instrumentos de seguimiento, como implementación de controles eficientes para cumplir con las respuestas en términos de ley (Ley 1437 de 2011).

4.3 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La medición de la satisfacción de los usuarios que acuden a los distintos servicios ofertados en la ESE Hospital Santa Marta de Samacá, se realiza de forma periódica a fin de establecer las causales de los resultados obtenidos y así poder implementar las acciones correspondientes, tanto para corregir como para evitar la repetición o vs.

La información recolectada a través de mecanismos como aplicación de encuestas físicas y telefónicas, es consolidada y registrada en informes que son analizados en comité de ética hospitalaria y reportados tanto a las directivas como a las entidades externas que lo requieran, de acuerdo a marco normativo.

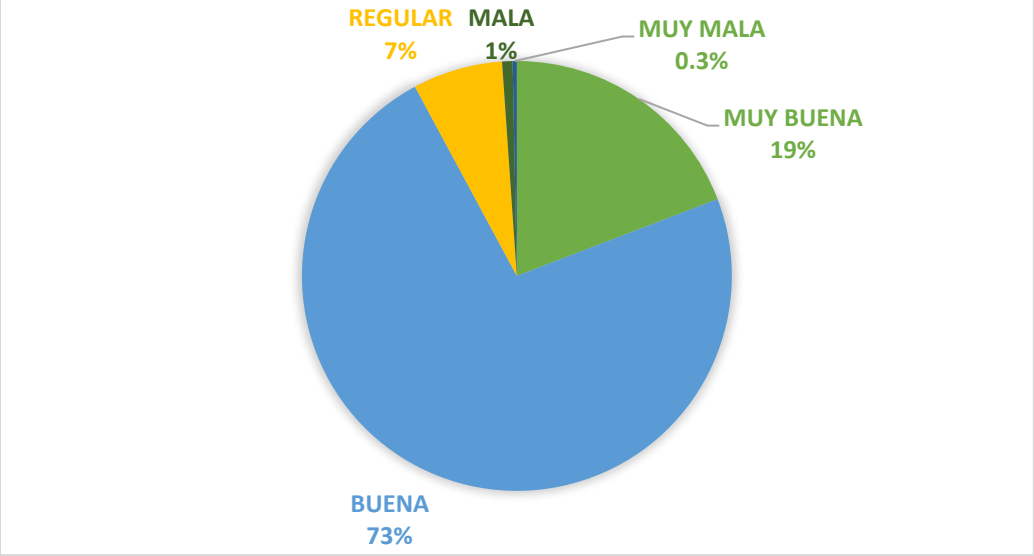
Con base en la Resolución 256 de febrero de 2016, la ESE Hospital Santa Marta de Samacá realiza la implementación de estrategias tendientes a mejorar

continuamente los mecanismos e instrumentos dispuestos para la captura y procesamiento de la información, contribuyendo con la garantía de continuidad, seguimiento y trazabilidad de la satisfacción de los usuarios, mediante la consolidación global y por servicios, la generación de informes y la respectiva medición con los indicadores, dentro del formato se establecen dos preguntas cerradas fundamentales y regladas normativamente, en el marco de las cuales se registró la siguiente información para el II semestre de 2021.

Tabla 5. *Respuesta a la pregunta "¿Cómo calificaría su experiencia a nivel general respecto a los servicios de salud que recibió en la institución?*

I SEMESTRE 2022	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	TOTAL
ENERO	18	40	7	0	0	65
FEBRERO	8	84	9	0	0	101
MARZO	10	75	12	1	0	98
ABRIL	39	61	2	0	0	102
MAYO	33	100	5	1	1	140
JUNIO	14	104	8	3	1	130
TOTAL	**122**	**464**	**43**	**5**	**2**	**636**

Gráfica 1. *Porcentaje de participación Respuesta a la pregunta "¿Cómo calificaría su experiencia a nivel general respecto a los servicios de salud que recibió en la institución?*



Fuente: Elaboración SIAU - Consolidación encuestas de satisfacción I Semestre 2022

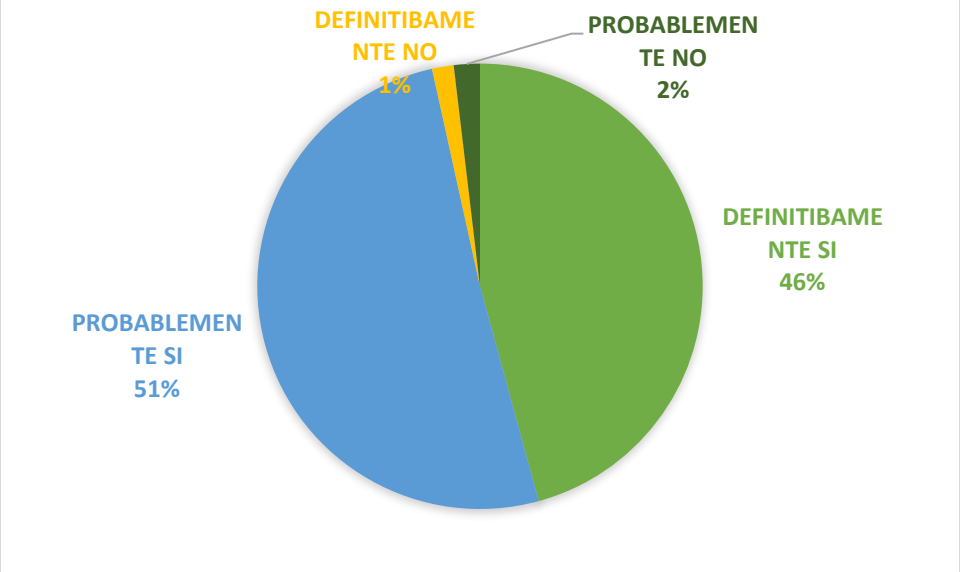
De acuerdo con las respuestas obtenidas y analizando la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia a nivel general respecto a los servicios de salud que recibió en la institución?, se pudo establecer que en el primer semestre 2022 se aplicaron un total de 900 encuestas, en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa, mediante las cuales calificaron los servicios como excelente y bueno, alcanzando un porcentaje de satisfacción del 92%; viéndose una disminución de 7 puntos en comparación con el segundo semestre de 2021, predominando como principales causas: la demora de la atención en el área de urgencias, la no generación de incapacidad, frente a consulta externa la dificultad de solicitar citas por vía telefónica y WhatsApp.

En tanto, Control Interno realiza las recomendaciones de mejora para el desarrollo del procedimiento de medición de la satisfacción en la institución.

***Tabla 6**. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta institución?*

I SEMESTRE 2022	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO	TOTAL
ENERO	30	34	0	1	**65**
FEBRERO	46	54	1	0	**101**
MARZO	31	57	5	5	**98**
ABRIL	38	62	0	2	**102**
MAYO	97	39	1	3	**140**
JUNIO	49	77	3	1	**130**
TOTAL	**291**	**323**	**10**	**12**	**636**

***Gráfica 2.** ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta institución?*



Fuente: Elaboración SIAU - Consolidación encuestas de satisfacción II Semestre 2021

Esta gráfica nos muestra que en cuanto a la pregunta ¿Recomendaría a amigos y familiares esta institución?, se puede analizar que el 97% recomendarían a sus amigos y familiares el servicio de salud ofertados en la ESE Hospital Santa Marta de Samacá.

5. COMITÉ DE ÉTICA

Una vez revisada la operatividad del Comité de ética Institucional se evidencia la persistencia en el incumplimiento en una de las funciones del comité respecto al numeral: 7. *"Reunirse como mínimo una vez al mes y, extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros*", ya que se identifican actas de reuniones realizadas en 31 de enero, 14 de febrero, 22 de mayo 30 de junio y 28 de julio. Así miso, se identifican debilidades en el cumplimiento de compromisos establecidos en el marco de acciones de mejora.

6. GESTION ASISTENCIAL REALIZADA POR EL AREA DE ATENCION AL CIUDADANO PRIMER SEMESTRE DE 2022

En el primer semestre 2022, la oficina de atención al usuario realizó las siguientes acciones:

- Orientó a los usuarios en derechos y deberes, de igual forma a los funcionarios de la ESE.
- Aplicación encuesta de satisfacción a los usuarios.
- Seguimiento a las PQRSF
- Se orienta a los usuarios sobre las acciones pertinentes con las EPS
- Se realizó restructuración de la asociación de usuarios
- Se crearon planes de mejora frente a las inconformidades de los usuarios
- Se gestiono atención medica domiciliaria a personas de la tercera edad o con comorbilidades
- Se trabajo en red con Fiscalía, Comisaría, unidad de víctimas y con la oficina del SIBEN, para que los usuarios fueran atendidos para valoraciones psicológicas, medicolegales y para portabilidades a las diferentes EPS
- Verificación de derechos de los usuarios y generación de autorizaciones
- Atención personalizada a los usuarios.
- Resolución de dificultades internas con los usuarios.
- Activación de ruta en casos de vulneración de derechos.
- Convocar y dirigir comité de ética institucional.
- Responsable referencia y contrarreferencia institucional.
- Acuerdos de pago y descuentos a usuarios con deudas con el hospital.
- Apertura de buzón de sugerencias con usuarios.
- Recepción de órdenes para consulta por psicología.

7. CONCLUSIONES GENERALES

El líder del proceso correspondiente y su equipo de trabajo debe continuar trabajando en la formulación e implementación de las acciones de mejora pertinentes según consideración de los distintos comités institucionales, resultados de las auditorías internas y externas con seguimiento por parte del responsable de Atención al Usuario y Control Interno.

Implementar las acciones de mejora recomendadas por Control Interno para fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU

8. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Fortalecer los mecanismos de respuestas dadas por los líderes de los servicios,

No se evidencian intervenciones en los momentos de verdad del reclamo especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos. Requiriendo instaurar dicho procedimiento.

Se requiere fomentar la promoción que desde el proceso se debe realizar de la participación ciudadana, se recomienda seguir afinando estrategias para fortalecer la Asociación de usuarios

El proceso responde a los usuarios sus requerimientos, traslada las manifestaciones presentadas por ellos y realiza seguimiento a la trazabilidad dentro de los plazos establecidos en las disposiciones legales, aspectos suceptibles de mejoramiento en terminus de eficiencia y oportunidad.

Implementar estrategias y actividades que permitan impactar el derecho de los pacientes a recibir un Trato Digno, articulando la cultura organizacional de Humanización.

Fortalecer las estrategias de motivación a los usuarios para que se manifiesten ante la institución, aprovechando los distintos medios dispuestos para tal fin, en especial nuevo sistema de recepción de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y felicitaciones (pqrsf), que fue implementado a través de la página web institucional - https://esehospitalsamaca.gov.co/index.php/contactenos/.

Dar cumplimiento a los términos de ley establecidos para la respuesta a las PQRS y evaluar oportunamente la satisfacción de los usuarios con la respuesta recibida, de manera que permita la toma oportuna de decisiones e implementación de acciones internas.

Fortalecer la operatividad y funcionalidad del Comité de Ética.

Implementar estrategias de motivación a los usuarios, sobre la importancia de diligenciar encueta diseñada para conocer el grado de satisfacción, del quejoso respecto a las respuestas que se den por parte de la entidad, con el fin de recopilar información que sirva para la mejora continua de los procesos institucionales.

Miriam Rodríguez Sánchez
Asesora de Control Interno