

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
NIT. 899.999.032-5**

**INFORME AUDITORÍA GESTIÓN PQRS D A AGOSTO 31 DE 2021  
SEDES DE BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ**

**INFORME DE AUDITORÍA**

**Bogotá D.C, SEPTIEMBRE DE 2021**

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**INDICE**

<b>1. ASPECTOS GENERALES</b>	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Alcance de la Auditoría	3
1.3. Técnicas de la Auditoría	3
1.4. Metodología de la Auditoría	5
1.5. Base Legal	5
1.6. Proceso	6
1.6.1. Procedimientos	6
<b>2. RIESGOS</b>	
2.1. Matriz de Riesgos Institucional 2021	6
2.2. Matriz de Corrupción 2021	9
<b>3. SEGUIMIENTO A OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS</b>	9
<b>4. CONCLUSIONES</b>	18
<b>5. OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS</b>	19

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**SEGUIMIENTO INFORME AUDITORÍA DE GESTION PQRSD a Agosto 31 de 2021**

Con este informe se da cumplimiento a la normatividad vigente Artículo 12° de la Ley 87 de 1993 Literal i, que impone como funciones del Auditor Interno o Jefe de Control Interno "...Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana".

**1. ASPECTOS GENERALES**

**1.1.OBJETIVO DE LA AUDITORÍA**

Efectuar seguimiento a las acciones de mejoramiento adoptadas para atender las recomendaciones dejadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD a Junio 30 de 2020 y vigencias anteriores, dicho seguimiento se realizara dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Julio 01 de 2020 hasta Agosto 31 de 2021, aportando Contribución para la toma de decisiones de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, cuyo fin es dar cumplimiento a la obligatoriedad establecida por las normas.

**1.2.ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2021, se realiza la presente Auditoria desde la verificación de las Observaciones entregadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD a Junio 30 de 2020, hasta el seguimiento a las recomendaciones ejecutadas por los responsables de los procesos y procedimientos dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Julio 01 de 2020 hasta Agosto 31 de 2021.

**1.3.TÉCNICAS DE AUDITORIA**

Los métodos y pruebas de Auditoria utilizados por la Oficina Asesora de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana para lograr la información y verificación necesaria y obtener la evidencia valida y suficiente en la emisión del informe Auditoria de Control Interno, están contenidas documentalmente en el Plan Anual de Auditorias Vigencia 2021, firmado por el representante legal y la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Estatuto de Auditoria y Código de Ética de los Auditores Internos, adoptado mediante Resolución 109 de Marzo de 2018 y la Carta de Compromiso Ético del Auditor Interno, al igual que los procedimientos del proceso de Auditoría y Control.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

El desarrollo de la Auditoría Interna se tiene en consideración los criterios básicos de contenido constitucional, legal y reglamentario.

#### **1.4.METODOLOGÍA**

Con las recomendaciones generadas de las vigencias anteriores se realizan los seguimientos de cada una de ellas y se establece en la columna "Observaciones seguimiento Control Interno" lo pertinente al presente Informe de Auditoría.

#### **1.5.MARCO LEGAL**

El seguimiento a la información de las respuestas dadas formuladas por los ciudadanos se realizó atendiendo lo dispuesto en la siguiente normatividad, así:

- **Constitución Política de Colombia**, Artículo 23.
- **Ley 190 de 1995**, Artículo 55.
- **Documento CONPES 3292 DE 2004** – Establece un marco de política para que las relaciones de gobierno con los ciudadanos y empresarios sean más transparentes, directas y eficientes, utilizando estrategias de simplificación, racionalización, normalización de los trámites ante la administración pública.
- **Decreto 1151 de 2008** – Establece los lineamientos generales de la estrategia de gobierno en Línea de la República de Colombia.
- **Corte Constitucional** - Sentencias T-171 de 2010 y T- 523 de 2010.
- **Ley 1437 de 2011** - Código Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo Título I, Título II; Capítulo I, II y III.
- **Ley 1474 de 2011**, Artículo 7, Numeral Cuarto y Artículo 73 y 76.
- **Circular 001 de 2011** - Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Ley 1712 de 2014** - "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones"
- **Ley No.1755 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".
- **Ley 1757 de 2015** - "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática".

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

- **Decreto 0103 de 2015...** en el sentido de poner en conocimiento de la ciudadanía en general, la gestión realizada a través del sistema ORFEO por la Entidad durante la vigencia 2016 en materia de PQRSD.
- **Directriz No. 002 de 21 de julio de 2015.** – Respuesta de Derechos de Petición.
- **Resolución Interna No.393 de 2017** - Reglamento Trámite Interno de PQRSD en el Hospital Universitario de la Samaritana.
- **Resolución Interna No.282 de 2021** – Deroga Resolución 393 de 2017 y se Reglamenta Trámite Interno de PQRSD en el Hospital Universitario de la Samaritana.

### 1.6. PROCESO

Caracterización de "ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA" Identificado con Código 00AUF01-V3, aprobado en Diciembre 04 de 2017, publicado en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en Diciembre 06 de 2017, Proceso Misional, el cual cuenta con; cincuenta y un (51) Formatos, Tres (3) Matrices, un (1) Normograma, un (1) Plan de Acción, un (1) Programa, un (1) Manual y veintinueve (21) Procedimientos. Información que puede ser consultada en Intranet del Hospital de la siguiente manera: Sistema de Gestión Integral "ALMERA" / Inicio / Mapa por Procesos / Atención al Usuario y su Familia / Documentación / Documentación Asociada.

Los siguientes Procedimientos serán revisados dentro de la presente Auditoria son:

- 02AUF06 "RECEPCION, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS".
- 02AUF15-V2 "APERTURA BUZON DE SUGERENCIAS"
- 02TH05-V3 "VOZ DEL CLIENTE INTERNO"

#### 1.6.1. PROCEDIMIENTOS

Encontrándose publicados en Intranet del Hospital con la siguiente ruta; Sistema de Gestión Integral "ALMERA" / Inicio / Mapa por Procesos / Atención al Usuario y su Familia / Documentación / Documentación Asociada / Procedimientos:

- ✓ RECEPCIÓN TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS Código de documento 02AUF06-V4, aprobado en Agosto 06 de 2019, publicado en Intranet en Agosto 15 de 2019 y que tiene por objeto: 'Garantizar que se tramité y se ofrezca respuesta oportuna a las PQRSD que sean competencia de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, formulados por los usuarios y familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad'.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

- ✓ APERTURA BUZON DE SUGERENCIAS, Código del documento 02AUF15-V2, Aprobado en Noviembre 17 de 2020, publicado en Intranet en la misma fecha y que tiene por objetivo: "Conocer la inquietudes de los usuarios, paciente y/o familia interpuestas a través de los buzones de sugerencias, los cuales se encuentran distribuidos en los servicios asistenciales del hospital Universitario de la Samaritana, Hospital Regional de Zipaquirá y en la Unidad Funcional de Zipaquirá, con el fin de desarrollar las actividades necesarias para lograr la resolución de las mismas, en concordancia con el Procedimiento Institucional establecido para la RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS (Código 02AUF06).

Encontrándose publicado en la Intranet del Hospital con la siguiente ruta; Sistema de Gestión Integral "ALMERA" / Inicio / Lista / Mapa por Procesos / Gestión del Talento Humano / Documentación / Documentación Asociada / Procedimientos:

- ✓ VOZ DEL CLIENTE INTERNO, Código del documento 02TH05-V3 Aprobado en Diciembre 19 de 2018 y publicado en la misma fecha y que tiene por objetivo: "Conocer y gestionar las necesidades y expectativas de clientes internos, buscando el mejoramiento continuo y la satisfacción de los mismos a través de la opinión, sugerencias, quejas, reclamos, denuncias y felicitaciones, contribuyendo a satisfacer las necesidades de nuestros clientes internos.

## 2. RIESGOS

### 2.1. Matriz Institucional de Riesgos 2021

Matriz aprobada en Mayo 20 de 2021, para el desarrollo de la presente Auditoría registra los siguientes Riesgos Institucionales al Proceso de Atención al Usuario y su Familia que se encuentra asociado al Procedimiento identificado con Código 02AUF06-V4; "Recepción, Trámite y Respuesta de Peticiones de Usuarios" y que tienen como objetivo general "*Garantizar que se dé trámite y se ofrezca respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones que sean de competencia del Hus, formuladas por los usuarios y sus familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad*".

Matriz en la que se identifica Riesgos cuyas causas esta listadas en la tabla siguiente, como la evaluación para los riesgos:

1. RIESGO: Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a los requerimientos), con la evaluación del riesgo BAJA.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

2. RIESGO: Probabilidad de no formulación ni ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa, con la evaluación del riesgo MODERADA.

3. RIESGO: Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del usuario en los puntos de información y orientación al usuario o durante rondas y visitas a pacientes hospitalizados, con la evaluación del riesgo BAJA.

4. RIESGO: Posibilidad de incumplimiento en la generación de respuesta de PQRSD a los usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de Ley), con la evaluación del riesgo MODERADA.

IMPACTO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO	CAUSA	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ZONA DE RIESGO FINAL
Pérdida de imagen institucional. Insatisfacción del usuario Aumento en el número de quejas y reclamos por parte de los usuarios	Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	TALENTO HUMANO	Desconocimiento parcial del procedimiento de Recepción tramites y respuesta a peticiones de usuarios.	<p>Respuesta interna a la PQRSD</p> <p>la Revisión de la calidad de la respuesta interna a la PQRSD se realiza Diariamente revisa que las respuestas internas sean pertinentes, claras, concretas y completas.</p> <p>Revisa que las respuestas internas sean pertinentes, claras, concretas y completas.</p> <p>Realiza devolución cuando las repuestas no sean pertinentes, claras, concretas y completas a quien / o quienes se derivó la PQRSD y verifica que la nueva respuesta interna cumpla con estos parámetros para dar respuesta final al peticionario Para Verificar que la respuesta interna sea pertinente, clara, concreta y completa</p> <p>si las respuestas son inadecuadas o erróneas a las PQRSD interpuestas por los usuarios para lo cual se revisa contestación y se vuelve a generar si se requiere</p>	BAJO
No mejoramiento en la calidad de la atención que se brinda al usuario Mala Imagen Institucional	Probabilidad de no formulación ni ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	TALENTO HUMANO	Falta de Concientización de la importancia de intervenir efectivamente las PQRSD de los usuarios paciente y familia.	<p>Plan de mejora</p> <p>La identificación de la necesidad o pertinencia de la identificación de la necesidad o pertinencia de la formulación de planes de mejora con fuente PQRSD por parte del lider por parte del líder del proceso o a la Subdirectora de Defensoría al Usuario.</p> <p>Se realiza mensualmente</p> <p>Revisa si la PQRSD requiere de Plan de Mejora. Solicitar la formulación de PM en caso que sea necesario y el lider... No lo realiza. Verificar si el PM formulado está acorde con la PQRSD y con la metodología institucional. Realizar acompañamiento técnico según necesidad.</p> <p>Verifica el seguimiento por Almera a la publicación y ejecución del Plan de mejora.</p> <p>Para Intervenir la causa raíz de la PQRSD y mejorar la calidad de la atención.</p> <p>Por medio de Solicitud por parte de la Subdirectora de la Defensoría del Usuario de formulación de planes de mejora al líder del proceso / en respuesta interna de la QPRSD se informe la pertinencia de formulación de planes de mejora o se indique su publicación en Almera.</p> <p>se formula Planes de Mejora necesarios con fuente PQRSD o Formulación pertinentes</p>	MODERADO

*[Handwritten signature]*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

IMPACTO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO	CAUSA	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ZONA DE RIESGO FINAL
Insatisfacción del Usuario frente a la prestación del servicio Afectación negativa de la imagen Institucional	Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario en los Puntos de Información y Orientación al usuario o durante Rondas y visitas a pacientes hospitalizados	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	TALENTO HUMANO	Falta de Competencias y Habilidades del Recurso Humano o Déficit de Recurso Humano	<p>Rondas y Visitas a pacientes</p> <p>La Identificación Oportuna de Necesidades del paciente y/o Familiar, mediante Visitas, Rondas a Pacientes Hospitalizados, seguimiento a casos especiales o atenciones en Puntos de Información.</p> <p>se realiza Diariamente.</p> <p>Realiza las Rondas y Visitas a pacientes hospitalizados de acuerdo al Procedimiento Ronda de servicio a pacientes Hospitalizados código 02AUF11 y Procedimiento de Visita Código 02AUF09 o la identificación de necesidades del Paciente usuario-familia que sean captadas en los puntos de información y orientación al usuario manejados por la DAU y la SDU con el fin de gestionarias oportunamente.</p> <p>Realiza el seguimiento al formato registro de seguimiento de casos especiales de Usuario, Paciente o familia (05AUF30-V1); al diligenciamiento completo del formato de Visita y / o de Planillas de actividades de las Informadoras y orientadoras de la DAU y/o SDU.</p> <p>Para intervenir y mejorar la atención al Usuario y prevenir QR para la identificación oportuna de las necesidades del Usuario que conllevan a presentar inconformidades en la prestación del servicio se realiza Rondas y Visitas a pacientes hospitalizados de acuerdo al Procedimiento de Rondas.</p> <p>Por medio de formato de registro de Visitas a Pacientes hospitalizados, o de Seguimiento de casos especiales Usuario, Paciente o familia ( 05AUF30-V1) o Planillas de registro de Actividades de las Informadoras y orientadoras de la DAU y SDU.</p>	BAJO
Insatisfacción del usuario (Demandas, Sanciones alto nivel de quejas por parte de los usuarios ) No mejoramiento en la atención al usuario Mala Imagen Institucional	Posibilidad de Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESOS	Falta de capacitación y entrenamiento	<p>Verificación de la Respuesta interna a la PQRSD mediante la Alerta que llega al Correo Zimbra (defensoria.auxiliar1@hus.org.co/ atencion.usuario@hus.org.co)</p> <p>La Subdirectora de Defensoria del Usuario Diariamente</p> <p>Verificar cumplimiento de los parámetros de tiempo establecidos para emisión de las respuestas internas y realizar seguimiento telefónico a directores, subdirectores, líderes de proceso y coordinador de servicio a quien se derivó la PQRSD y demás parámetros establecidos en el Procedimiento de "Recepción, trámite y respuesta de Peticiones de Usuarios", Código 02AUF06</p> <p>Descripción de los datos mínimos de la PQRSD en el sistema y/o libro de radicados</p> <p>Seguimiento a las fechas de vencimiento o en su defecto Seguimiento a los derivados recordando la emisión de la respuesta.</p> <p>En el Segundo requerimiento de respuesta de petición derivados con copia a control Interno.</p> <p>Realizar Planilla de asignación de consecutivos de respuestas donde se verifica la petición y direcciones de envió. Revisar alertas en el sistema o revisión en la tabla de Excel donde se lleva la información</p> <p>Verificar el cumplimiento del procedimiento de recepción tramite respuesta de peticiones de usuario código 02AUF06</p> <p>Para qué. Prevenir incumplimientos legales en la Respuestas al Peticionario y fortalecer el mejoramiento continuo en la prestación del servicio de salud.</p> <p>Medio de verificación. Trazabilidad ALMERA- Libro de radicado-seguimientos- Planilla de asignación de consecutivo y de derivación de la PQRSD. Informe Trimestral de Gestión de</p>	MODERADO

*[Handwritten signature]*



**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

IMPACTO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO	CAUSA	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ZONA DE RIESGO FINAL
					PQRSD. Desviación del control: si no se tiene la respuesta oportuna al peticionario se envía la respuesta parcial O (Correos de notificación a control interno vía Almera del incumplimiento de respuestas internas	

De acuerdo al Monitoreo de Riesgos realizado durante el segundo trimestre de 2021 por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, ningún Riesgo se ha materializado para el Proceso de Atención al Usuario y su Familia como tampoco al Proceso de Gestión del Talento Humano.

### 2.2. Matriz de Riesgos de Corrupción

Matriz que tiene dos fechas de publicación, Agosto 31 de 2021 para el Proceso de Direccionamiento Estratégico, y Mayo 27 de 2021 para el Proceso de Atención al Usuario y su Familia, para el desarrollo de la presente Auditoría se verifica en las dos matrices que se encuentran publicadas en cada uno de los Procesos mencionados NO registraron Riesgos de Corrupción asociados al Procedimiento; "Recepción, Trámite y Respuesta de Peticiones de Usuarios" y que tiene como objetivo general "Garantizar que se dé trámite y se ofrezca respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones que sean de competencia del Hus, formuladas por los usuarios y sus familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad".

### 3. SEGUIMIENTO A OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS

De conformidad con el programa de Auditoría, a continuación se realiza un seguimiento en los diferentes aplicativos informáticos con que cuenta el Hospital y el cotejo de los documentos soporte a las acciones de mejora establecidas por el responsable de la Dirección de Atención al Usuario, Dirección Administrativa, Subdirección Defensoría del Usuario, Subdirección de Sistemas, Subdirección de Desarrollo del Recurso Humano; responsables de procesos quienes tiene las funciones y responsabilidades de la Gestión de las PQRSD.

Se verificaron los Planes Únicos de Mejoramiento por Proceso – PUMP del Proceso ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, donde se identifican dos (2) Planes de mejora relacionados con la Gestión de PQRSD;

El primer Plan de Mejora identificado con ID 458 "Se implementó el Modulo de PQRSD de ALMERA como resultados observados en el 2019 de la gestión de PQRSD se requiere ajustar el Procedimiento actual". Plan de Mejora el cual tiene tres (3) Acciones de Mejora con terminación de acciones Diciembre 15 de 2021:

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

1. Identificar e Incluir los parámetros del Software Almera en el procedimiento. *Acción sin avance.*
2. Identificar e incluir nuevos parámetros de norma. *Acción sin avance.*
3. Identificar e incluir en el Procedimiento cambios en la gestión de las PQRSD que faciliten el trámite y respuesta al Peticionario por parte de la SDU o de los Directores, Subdirectores, Coordinadores de Servicio o Líderes de Procesos. *Acción con avance del 50%.*

El segundo Plan de Mejora identificado con ID 2251 "Fortalecimiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente", el cual tiene tres (3) Acciones de Mejora, con terminación de acciones, las dos (2) primeras en Mayo 15 de 2021 y la última en Julio 31 de 2021, acciones que se encuentran extemporáneas para su terminación:

1. Revisar y depurar todos los indicadores de gestión de PQRSD que se encuentran parametrizados en ALMERA y definir según pertinencia que Indicadores continúan, cuáles se eliminan y cuales se dejan como dato. *Acción terminada al 100% en Junio 30 de 2021.*
2. Revisar y modificar las fichas Técnicas de los Indicadores de PQRSD: Formulas, definir Límite Superior e Inferior, Metas, etc. *Acción con avance del 50%.*
3. Realizar los ajustes pertinentes de la parametrización de los Indicadores de gestión de PQRSD en el Sistema Almera. *Acción con avance del 50%.*

En la siguiente tabla se establece el seguimiento respectivo desde Julio 01 de 2020 hasta Agosto 31 de 2021 a las recomendaciones realizadas hasta Junio de 2020 y vigencias anteriores, las cuales se van detallando en la columna OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO, como también se evidencia el estado de cada una de las recomendaciones:

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
<p>De acuerdo a la búsqueda realizada en el Aplicativo de Gestión Documental ORFEO, arroja 38 resultados de Respuesta a PQRSD durante el año 2019, no se evidencia mediante la búsqueda la totalidad de respuestas dadas, como tampoco las solicitudes de PQRSD durante la vigencia 2019 y 2020, haciendo la búsqueda dispendiosa por las múltiples variables que se utilizan. NO EXISTE TABULACION ÚNICA PARA BUSQUEDA TOTAL. SE RECOMIENDA QUE EXISTA EN EL SISTEMA DE GESTION "ORFEO" UNA PESTAÑA DONDE SE CONSOLIDE TODAS LAS PQRSD, TANTO LAS SOLICITUDES COMO LAS RESPUESTAS DADAS POR CADA UNO DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.</p>	<p>Al realizarse la migración de la información para el Control, análisis y Seguimiento a las PQRSD por el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se Observa que se hace necesario ACTUALIZAR el Procedimiento identificado con código 02AUF06-V4 "Recepción, Trámite y respuesta de peticiones de usuarios".</p> <p>Se registra captura de pantalla de publicación en el Sistema de gestión Integral "ALMERA" del procedimiento 02AUF06 CON VERSION 5. Se registra captura de pantalla de publicación en el Sistema de gestión Integral "ALMERA" del procedimiento 02AUF06 CON VERSION 5.</p> <p><u>SE LEVANTA OBSERVACIÓN POR HABERSE REALIZADO ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO.</u></p>	N/A	N/A	<p>La información del Control, análisis y seguimiento a las PQRSD se migro del aplicativo ORFEO y ahora se realiza en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA". Se debe de Actualizar el Procedimiento identificado con código 02AUF06-V4 "Recepción, trámite y respuesta de peticiones de usuarios".</p> <p>Se registra captura de pantalla de publicación en el Sistema de gestión Integral "ALMERA" del procedimiento 02AUF06 CON VERSION 5.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
2	<p>El Registro Codificado se encuentra publicado en el sitio WEB del Hospital en la siguiente ruta: Atención al Ciudadano / Informes PQRS / Registro Público de PQRS.</p> <p>Se evidencio información de Bogotá y Zipaquirá, pero la información publicada no cumple con la codificación institucional.</p> <p><b>Se RECOMIENDA</b> que la UF y Regional de Zipaquirá utilicen el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" para cumplir con el registro codificado público.</p>	<p>Al realizarse la migración de la información para el Control, análisis y seguimiento a las PQRSDF por el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se hace necesario tener acceso para validar si se cumple con el registro codificado público para Bogotá y las sedes de Zipaquirá.</p> <p>Se realiza solicitud de acceso al Módulo de PQRSDF del aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" mediante incidencia No.63556 por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno a la Subdirección de Sistemas para los auditores de la Oficina de Control Interno. Se Observó en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSDF que el Hospital Regional de Zipaquirá registra las PQRSD y tienen consecutivo institucional pero NO está diligenciando en el formato Publicado en la Página Web con el consecutivo institucional. Aunque los registros del Hospital Regional de Zipaquirá aporta numeración. Estos NO cumplen en la PUBLICACIÓN de PQRSD de la Página WEB con el consecutivo Institucional.</p> <p><b><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></b></p>	N/A	N/A	<p>El Registro Codificado se encuentra publicado en el sitio WEB del Hospital / Atención al Ciudadano / Informes PQRS / Registro Público de PQRS.</p> <p>De acuerdo a la revisión realizada a los informes publicados, poseen todos los informes un solo formato con datos mínimos, encontrando que Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá tienen el registro codificado institucional mientras que el Hospital Regional de Zipaquirá no está diligenciando el formato con este registro codificado.</p> <p>Aunque en los registro del Hospital Regional de Zipaquirá aporta numeración, NO corresponden al consecutivo Institucional con el que se registra en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSDF.</p>
3	<p>De acuerdo a lo revisado y la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No.-2020300009813-1, se evidencio que se encuentra un informe publicado en la web del hospital donde se encontró Número de radicado de respuesta con consecutivo de la aplicación ORFEO para Bogotá, NO existe un registro UNICO para PQRS con un consecutivo institucional de las PQRS para Zipaquirá. No ha sido incluida en el Plan Único de Mejora.</p> <p><b>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN</b></p>	<p>POR TRATARSE DEL MISMO TEMA CON LA OBSERVACIÓN ANTERIOR</p> <p><b><u>SE LEVANTA POR ENCONTRARSE REPETIDA ESTA OBSERVACIÓN.</u></b></p>	N/A	N/A	<p>Observación repetida con la anterior.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
4	<p>De acuerdo a la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No.-2020300009813-1 Esta publicado en la página WEB del Hospital en la siguiente Ruta: Atención al Ciudadano / Usuarios y Pacientes / Guía de Orientación e Información / Manual de Información 2019, dentro de este se evidencio MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN con que cuenta el Hospital al respecto de PQRS, en sus páginas 39 a la 43 solo para Bogotá. Se RECOMIENDA que se realice actualización y se publique un solo documento que contenga Información sobre MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN incluyendo la información de ZIPAQUIRA.</p>	<p>Se revisa en la página WEB del Hospital en la siguiente Ruta: Atención al Ciudadano / Usuarios y Pacientes / Guía de Orientación e Información / Guía de Usuario Paciente y su Familia. Manual de Información 2021. Dentro de este Manual se evidencio tema referente a MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN con que cuenta el Hospital al respecto de PQRS, en sus páginas 55 a 58 se evidencia que a la fecha de la presente Auditoría NO se ha incluido la información referente a las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá. De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 este Manual se encuentra en procesos de actualización y la respectiva publicación en la página Web del hospital será antes de Diciembre 31 de 2021. <b><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></b></p>	N/A	N/A	<p>Aun cuando existen diferentes medios de comunicación como; Charlas a informadoras y orientadoras del DAU, Paginas Digitales, pantallas y demás medios igualmente, se da indicaciones respecto a guía de Orientación e Información, específicamente del Manual de Información que se encuentra publicado en página Web del Hospital y se encuentra desactualizado y debe incluir información referente sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá. La Subdirección de Defensoría del Usuario y la Dirección de Atención al Usuario deben actualizar, publicar, capacitar, socializar y realizar seguimiento al documento actualizado, tanto para Bogotá como a las sedes de Zipaquirá.</p>
5	<p>En la página WEB del Hospital se encuentra la ruta: La Entidad / Talento Humano / Cronograma Ejecución Plan Institucional de Capacitación / Cronograma. Documento que contiene 374 actividades para el año 2019, de las cuales tres (3) actividades son de Auto capacitación "MANEJO DE QUEJAS Y RECLAMOS" para Cogua, San Cayetano y la Unidad Funcional de Zipaquirá, no se evidencia capacitación sobre la normatividad vigente del tema para Bogotá. Se RECOMIENDA gestionar con la Subdirección de Desarrollo Humano la actualización del Cronograma para inducción, reinducción y capacitaciones, incluyendo a Bogotá.</p>	<p>En la página WEB del Hospital se encuentra la ruta: Inicio / Planeación, Gestión y Control / Planes, Programas y Proyectos / Planes Estratégicos - Decreto 612 / 6.Plan Institucional de Capacitación. Donde se encuentra el cronograma para la ejecución del programa Plan Institucional de Capacitación - Vigencia 2021, evidenciándose once (11) actividades específicas para el año 2021, relacionándose en la columna "Responsable" Atención al Paciente y su familia y Subdirección de Defensoría al Usuario, en donde NO se incluye actividades relacionadas con el Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo. De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario remitirá documento gestionando la inclusión de capacitación sobre la normatividad vigente en el tema de la referencia a los servidores públicos de la entidad, De acuerdo al documento identificado con código 05GC28-V2 con nombre "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" donde se menciona en el numeral 3 METODOLOGÍA; la inclusión de Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo, como también se menciona en el numeral 3.3. ESTRUCTURA DEL PLAN y 3.4. INSUMOS. <b><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></b></p>	N/A	N/A	<p>En el documento identificado con código 05GC28-V2 con nombre "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" donde se menciona en el numeral 3 METODOLOGÍA; la inclusión de Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo, como también se menciona en el numeral 3.3. ESTRUCTURA DEL PLAN y 3.4. INSUMOS. Por lo anterior se deberá gestionar la inclusión del Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo en el Plan Institucional de Capacitación sobre la normatividad vigente en el tema de la referencia a los servidores públicos de la entidad.</p>

*Jubany*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
<p>6</p> <p>Se observa que existen en el PUMP 2019 actividades específicas de mejoramiento de indicadores, se puede evidenciar que de seis (6) actividades solo una (1) fue cumplida, las otras cinco (5) no se encontró que fuesen cumplidas.</p> <p>Se <b>RECOMIENDA</b> que se generen las mejoras a las actividades relacionadas al fortalecimiento de Indicadores de gestión y resultado de PQRSD y se actualicen las actividades en el PUMP tanto para Bogotá como para Zipaquirá y quede documentada su gestión.</p>	<p>Se realiza Plan de Mejora identificado con ID 2251 para el año 2021 referente a la observación <i>"Fortalecimiento de los indicadores de Gestión y resultado de la PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente"</i></p> <p>Plan de mejora que tiene tres (3) acciones de mejoramiento propuestas, de las cuales la primera fue cumplida la 100% y las dos (2) siguientes se encuentran en un 50% de avance.</p> <p><b><u>SE LEVANTA ESTA OBSERVACIÓN POR HABERSE ELABORADO PLAN DE MEJORA.</u></b></p>	<p>Realizar ajustes en el Sistema de Información del Proceso de Atención al Usuario y su familia en lo relacionado con la gestión de las PQRSD, que permitan la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la atención.</p>	<p>1. Revisar y depurar todos los indicadores de gestión de PQRSD que se encuentran parametrizados en ALMERA y definir según pertinencia que Indicadores continúan, cuáles se eliminan y cuales se dejan como dato.</p> <p>2. Revisar y modificar las fichas Técnicas de los Indicadores de PQRSD: Formulas, definir Límite Superior e Inferior, Metas, etc.</p> <p>3. Realizar los ajustes pertinentes de la parametrización de los Indicadores de gestión de PQRSD en el Sistema Almera.</p>	<p>De acuerdo a la revisión realizada en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en el Plan de Mejora identificado con ID 2251 se observó en el soporte 19 Indicadores finales.</p> <p>Revisando el Mapa por Procesos <i>"Atención al Usuario y su Familia"</i> se encontraron: Nueve (9) sin actualizar el análisis, tres (3) sin análisis y siete (7) con análisis a Junio de 2021.</p> <p>Actividad terminada al 100%</p> <p>Según soporte dejado como evidencia de la actividad aún quedan trece (13) procesos pendientes por revisión y modificación de fichas técnicas.</p> <p>Actividad con avance al 50%</p> <p>Se realizaron los ajustes correspondientes de bloquear indicadores y se crean dos (2) indicadores referentes al tema de PQRSD en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA"</p> <p>Actividad con avance al 50%</p>
<p>7</p> <p>El Hospital realizó cambio aplicativo, del Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI) al Sistema de Gestión Integral "ALMERA" donde se observa que se registraron cada uno de los indicadores de PQRSD, como se puede evidenciar que se puede registrar el análisis respectivo.</p> <p>Se <b>RECOMIENDA</b> que los Indicadores de PQRSD se analicen y publiquen tanto de Bogotá como de Zipaquirá, ya que el publicado en la página WEB del Hospital solo se evidencio Indicadores de Bogotá.</p>	<p>En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, Mediciones; se revisaron los indicadores relacionados donde se sigue evidenciando la NO inclusión de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p>De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario manifestó que en las sedes no cuentan con el Módulo de Indicadores habilitado por tal razón aún no se han parametrizado los indicadores respectivos.</p> <p><b><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></b></p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>Aun cuando existen indicadores de PQRSD para Bogotá, las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá no cuentan con el Módulo habilitado para parametrizar los Indicadores de estas sedes, la Subdirección de Defensoría al Usuario se encuentra en ese proceso de habilitación con la Subdirección de Sistemas.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
8	<p>Se verifica en la Página WEB del Hospital en la ruta: Inicio / Planeación, Gestión y Control / Informes / Informes de Gestión / Trimestrales / 4° Trimestre / Año 2019, el Informe de Gestión de la Dirección de Atención al Usuario a corte 4° Trimestre de 2019 se verifica que los listados de PQRSD sean entregados a los diferentes líderes para generar las respuestas, se evidencia que éstas son entregadas (Pag.293) y que respondieron el 94% de la PQRSD dentro de los términos de Ley. Sin embargo no se evidencia que se encuentren las PQRSD de Zipaquirá relacionadas en los informes. Se <b>RECOMIENDA</b> documentar la entrega de PQRSD a los líderes de proceso para su respectivo trámite incluyendo Zipaquirá.</p>	<p>Se verifica en el Sistema de gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSD evidenciándose en reporte que las PQRSD son asignadas a los Líderes de Procesos responsables de su respuesta. <b><u>SE LEVANTA ESTA OBSERVACIÓN.</u></b></p>	N/A	N/A	
9	<p>En el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" no se puede establecer la trazabilidad de las respuestas de PQRSD del cliente interno como del cliente externo, dado que NO hay una definición clara de búsqueda, por cuanto se nombran de diferentes maneras las PQRSD (Quejas, Peticiones, reclamos, etc.). Lo que hace muy dispendioso la consolidación de la información. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA a pesar que la Dirección de Atención al Usuario entrego la ruta, no se tiene los permisos de consulta requeridos. Se <b>RECOMIENDA</b> solicitar al proveedor del Sistema de Gestión Documental ORFEO la creación de una pestaña o algo parecido para poder hacer seguimiento a la trazabilidad de cada respuestas dada de PQRSD recibidas. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA asignar los permisos necesarios para consultar la información por parte de Control Interno. Documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores.</p>	<p>De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario remitirá borrador del procedimiento 02AUF06-V5 donde se actualiza las actividades y se menciona que todo el registro, control, seguimiento y trazabilidad de las PQRSD se harán en el aplicativo Sistema de gestión Integral "ALMERA". Mediante incidencia No.63556 por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno a la Subdirección de Sistemas solicita acceso al Módulo de PQRSD para los auditores de la Oficina de Control Interno, acceso que fue otorgado. <b><u>SE LEVANTADA ESTA OBSERVACIÓN POR CAMBIO DE APLICATIVO Y PERMISOS DE CONSULTA.</u></b></p>	N/A	N/A	

*Orbany*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
10	<p>Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y seguridad del paciente para que se haga seguimiento y trazabilidad a las PQRSD que reportan.</p> <p>Mediante Oficio No.2020300009813-1, Numeral 16, relaciona planes de mejora en el 2020, Al ser cotejados en el Sistema Integral de Gestión ALMERA se encontró que los ID 1206 no está relacionado en la pestaña "Planes de Mejora" del proceso de Atención al Usuario y su Familia, pero cuando se utiliza el buscador, este aparece dentro del plan de mejora.</p>	<p>De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario informa que el plan de mejora identificado con ID 1206 no se encuentra dentro del Proceso, se informa que este fue reemplazado por el Plan de mejora ID 1962, el cual se encuentra cerrado a la fecha de esta auditoría, por tal motivo se solicitara por parte de la Subdirección sea eliminado.</p> <p><u>Se unifican observaciones 10 y 11.</u> <u>SE LEVANTA LA POR ANULACIÓN PLAN DE MEJORA DESCRITO.</u></p>	N/A	N/A	<p>Se evidencio en el Plan de Mejora de ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA, avances, sin embargo al ser cotejados en el Sistema Integral de Gestión ALMERA se encontró que los ID 1206 no se encuentra relacionado en la pestaña "Planes de Mejora" del proceso de Atención al Usuario, pero cuando se utiliza el buscador, este aparece dentro del plan de mejora. De acuerdo a acta No.008 de Septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría del Usuario informa que se solicitara la eliminación dado que este Plan de Mejora se encuentra cerrado.</p>
11	<p>De acuerdo a los avances revisados en el PUMP de Atención AL USUARIO Y SU FAMILIA de la vigencia, se pudo evidenciar que durante el año las actividades específicas de mejoramiento fueron completadas al 100%, aunque se encontró que el Plan de Mejora identificado con ID 1206 no se encuentra relacionado dentro de la pestaña "Planes de Mejora".</p> <p>SE RECOMIENDA revisar con el proveedor, ¿porque no se visualiza dentro del Mapa por Procesos - Atención al Usuario y su Familia - Pestaña "Planes de Mejora" el mencionado plan de mejora?</p>	<p>De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario informa que el plan de mejora identificado con ID 1206 no se encuentra dentro del Proceso, se informa que este fue reemplazado por el Plan de Mejora ID 1962, el cual se encuentra cerrado a la fecha de esta Auditoría, por tal motivo se solicitara por parte de la Subdirección sea eliminado.</p> <p><u>Se unifican observaciones 10 y 11.</u> <u>SE LEVANTA LA POR ANULACIÓN PLAN DE MEJORA DESCRITO.</u></p>	N/A	N/A	<p>Se evidencio en el Plan de Mejora de ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA, avances, sin embargo al ser cotejados en el Sistema Integral de Gestión ALMERA se encontró que los ID 1206 no se encuentra relacionado en la pestaña "Planes de Mejora" del proceso de Atención al Usuario, pero cuando se utiliza el buscador, este aparece dentro del plan de mejora. De acuerdo a acta No.008 de Septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría del Usuario informa que se solicitara la eliminación dado que este Plan de Mejora se encuentra cerrado.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
12	De acuerdo al seguimiento realizado por el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" basados en los consecutivos institucionales que este aplicativo da a las solicitudes y respuestas de PQRSD ha sido muy dispendioso corroborar que todas las PQRSD solicitadas por el cliente interno y por el cliente externo de Bogotá, de la Unidad Funcional y del Hospital Regional de Zipaquirá hayan sido respondidas en su totalidad por los responsables, es por eso que se recomienda en "ORFEO" se consolide TODAS las PQRSD y que estas puedan ser consultadas por periodos o cortes y por responsables de respuesta. En cuanto al Sistema de Gestión Integral "ALMERA" aun cuando fue entregada la ruta de acceso para consultar PQRSD, esta oficina NO cuenta con los permisos correspondientes para consulta de información necesaria para desarrollar la auditoría al Procedimiento de PQRSD, como de documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores.	De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario informa que el Procedimiento 02AUF06-V4 se encuentra en actualización por esta razón el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" ya no está siendo utilizado en el registro, control y seguimiento de PQRSD, siendo utilizado el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" con el Módulo PQRSD para Bogotá, Unidad Funcional de Zipaquirá y Hospital Regional de Zipaquirá. Mediante incidencia No.63556 por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno a la Subdirección de Sistemas se dio acceso al Módulo de PQRSD para los auditores de la Oficina de Control Interno. <b><u>SE LEVANTA ESTA OBSERVACIÓN POR CAMBIO APLICATIVO Y ASIGNACION PERMISOS.</u></b>	N/A	N/A	
13	El Plan de Acción y seguimiento a la Política de Participación Social en el Eje Estratégico "Control Social en Salud" existe la actividad de: "Socializar la percepción del usuario obtenida a través de los resultados de la aplicación de encuestas", revisada la página WEB NO se pudo evidenciar la socialización, por lo cual se recomienda que se actualice la información.	El Plan de Acción y seguimiento a la Política de Participación Social en el Eje Estratégico "Control Social en Salud" existe la actividad de: "Socializar la percepción del usuario obtenida a través de los resultados de la aplicación de encuestas" De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de defensoría al Usuario informa que revisara la respectiva socialización en la página WEB. Por lo anterior <b><u>SE LEVANTA LA OBSERVACIÓN.</u></b>	N/A	N/A	La Dirección de Atención al Usuario entrega acta de socialización y comunicado donde evidencia.
14	Se verificó que el Hospital realizó cambio de aplicativo respecto al seguimiento de Indicadores de PQRSD, pasa del Tablero Único de Control de Indicadores "TUCI" al sistema de Gestión Integral "ALMERA", donde se observa que se registraron cada uno de los indicadores de PQRSD con su análisis respectivo.	Una vez realizada revisión de los veintitrés (23) Indicadores de PQRSD en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" se evidencia que no todos los indicadores cuentan con el respectivo análisis al corte del trimestre anterior a esta Auditoría, se sugiere se actualicen los análisis a los indicadores que aún faltan por registrar. <b><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO</u></b>	N/A	N/A	



**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
15	Nuevamente se recomienda que se realice reunión para que la Dirección DE ATENCION AL USUARIO, con base a las recomendaciones dejadas en esta Auditoría, coordine todo lo pertinente a PQRSD con el Director del Hospital Regional de Zipaquirá y la Coordinación de la Unidad Funcional de Zipaquirá, adicionalmente con la Dirección Administrativa y la Subdirección de Sistemas.	De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario informa que la reunión ya se realizó para que la Dirección DE ATENCION AL USUARIO, con base a las recomendaciones dejadas en la Auditoría 2020, coordine todo lo pertinente a PQRSD, motivo por el cual se solicita la respectiva Acta para verificar cumplimiento. <b><u>SE LEVANTA LA OBSERVACIÓN.</u></b>	N/A	N/A	La Dirección de Atención al Usuario entrega acta de reunión con las áreas solicitadas.
16		Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°parágrafo II, Artículo 22°, 23°, 29°,31°, 32° y 35°. Y al procedimiento 02AUF06-V4 "RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES A USUARIOS" en su Numeral 3.3. APLICACIÓN y en su Numeral 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, Actividad No.2 - INGRESAR PQRSD AL SISTEMA ORFEO " <u>Todas las PQRSD que ingresen a la Institución por los diferentes medios serán ingresadas al sistema ORFEO por la Subdirección de Defensoría al Usuario.</u> " Además existen en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" un procedimiento y un protocolo identificados con los Códigos 02TH05-V3 y 03AF34-V2, los cuales fueron elaborados por la Subdirección de Desarrollo Humano y por el Líder de Proyecto de Farmacia respectivamente, y los cuales tiene como referencia en su Objetivo las PQRSD. Se sugiere UNIFICAR en los procedimientos que el registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSD sea administrado por una sola persona, de acuerdo a lo que dicta la Resolución No.282 de 2021 y utilice un solo aplicativo en Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, como es el Módulo de PQRSD del Sistema de Gestión Integral "ALMERA". Según acta de cierre No.008 de fecha Octubre 22 de 2021, la Dirección de Atención al Usuario solicitara modificación a la resolución citada.	N/A	N/A	UNIFICAR en Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, los procedimientos y dejar una única persona a cargo del proceso de PQRSD, según lo dicta la Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°parágrafo II, Artículo 22°, 23°, 29°, 31°, 32° y 35° y el Procedimiento 02AUF06-V4 "RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES A USUARIOS" en su Numeral 3.3. APLICACIÓN y en su Numeral 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, Actividad No.2
17		En cuanto al Cliente Interno la Gestión se realiza por la Subdirección de Desarrollo Humano, se solicita información referente a este tema mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2021110008125-1 fechado Septiembre 17 de 2021, desde enero 01 a Agosto 31 de 2021, se recibe respuesta con oficio con consecutivo 2021402008866-1 de Septiembre 30 de 2021, donde se relaciona veintinueve (29) PQRSD del Cliente Interno que fueron remitidas por la Subdirección de			NO se tiene acceso en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" a las PQRSD del Cliente interno, motivo por el cual no se pudo hacer una revisión total.

*Johnson*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS A AGOSTO 31 DE 2021	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A AGOSTO 31 DE 2021
	Defensoría del Usuario, se pudo evidenciar que las respuestas a las PQRSD del Cliente Interno se realizan a través del aplicativo Informático Orfeo. Sin embargo no se pudo consultar en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" las PQRSD que corresponden al Cliente Interno, como tampoco la trazabilidad de cada una de las PQRSD.			

**4. CONCLUSIONES**

- Se evidencia un cumplimiento parcial a las recomendaciones dadas en el Informe de Auditoría de Gestión de PQRSD a 1er. Semestre 2020 e informes de años anteriores, se realiza seguimiento a las recomendaciones relacionadas en tabla anterior dentro del periodo; Julio 01 de 2020 hasta Agosto 31 de 2021.
- Si bien es cierto que debe haber integralidad con todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, lo que se observó en la presente Auditoria es el trabajo limitado (Indicadores sedes Zipaquirá) e individual (Consecutivo Institucional) por cada uno de los responsables. Y principalmente en lo que respecta al tema de la Auditoria, es decir, a la Gestión de PQRSD de Bogotá y de Zipaquirá. (Acta No.008 de Octubre 22 de 2021).
- La información del Control, análisis y seguimiento a las PQRSD se migro del aplicativo ORFEO y ahora se realiza en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", Módulo de PQRSD y este es utilizado por la Subdirección de Defensoría del Usuario únicamente para el Cliente Externo.  
En cuanto al Cliente Interno la gestión se realiza por la Subdirección de Desarrollo Humano, mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2021110008125-1 fechado Septiembre 17 de 2021 se solicita relación de PQRSD recibidas por la mencionada Subdirección desde enero 01 a Agosto 31 de 2021 y la gestión correspondiente, se recibe respuesta con oficio con consecutivo 2021402008866-1 de Septiembre 30 de 2021, donde se relaciona veintinueve (29) PQRSD del Cliente Interno con sus respectivas fechas de respuesta, se pudo evidenciar que a través del aplicativo Informático Orfeo la gestión realizada a las PQRSD del Cliente Interno son las respuestas entregadas por felicitaciones en su mayoría. Sin embargo no hay forma de consultar en los aplicativos (Orfeo y Almera) la trazabilidad de las PQRSD que corresponden al Cliente Interno.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

- El Hospital Regional de Zipaquirá en los informes de gestión publicados en la página Web del hospital aunque en los registros reportados aporta numeración, esta NO corresponde al consecutivo Institucional con el que se radica en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSD.
- Existen diferentes medios de comunicación en el Hospital como; Charlas a informadoras y orientadoras del DAU, páginas digitales, pantallas y demás medios igualmente, se da las indicaciones respecto a la guía de Orientación e Información, específicamente del Manual de Información que se encuentra publicada en la página Web del Hospital y se encuentra desactualizado y debe incluir información referente a las TODAS sedes incluyendo las que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.
- Aun cuando existen indicadores de PQRSD para Bogotá, las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá no cuentan con el Módulo habilitado para parametrizar los Indicadores de estas sedes, se debe dar prioridad para unificar la información y específicamente con los Indicadores de PQRSD.
- La Resolución 282 de Junio 11 de 2021 reglamenta el trámite interno de las PQRSD del Hospital Universitario de la Samaritana; la ejecución de actividades que se desarrollan para la Gestión de PQRSD las cuales se deben establecer en orden lógico y esto promover la eficiencia y la optimización de resolverlas, la norma interna refiere de la obligación de una sola Área en tramitar y resolver dichas actividades.

**5. OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS**

- a. Al realizarse la migración de la información para el Control, análisis y seguimiento a las PQRSD por el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se hace necesario tener acceso para validar si se cumple con el registro codificado público para Bogotá y las sedes de Zipaquirá.  
Se realiza solicitud de acceso al Módulo de PQRSD del aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" mediante incidencia No.63556 por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno a la Subdirección de Sistemas para los auditores de la Oficina de Control Interno.  
Se Observó en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSD que el Hospital Regional de Zipaquirá registra las PQRSD y tienen consecutivo institucional pero NO está diligenciando en el formato Publicado en la Página Web con el consecutivo institucional. Aunque los registros del Hospital Regional de Zipaquirá aporta numeración. Estos NO cumplen en la PUBLICACIÓN de PQRSD de la Página WEB con el consecutivo Institucional. (Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoria anterior).

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

- b. Se revisa en la página WEB del Hospital en la siguiente Ruta: Atención al Ciudadano / Usuarios y Pacientes / Guía de Orientación e Información / Guía de Usuario Paciente y su Familia. Manual de Información 2021.  
Dentro de este Manual se evidencio tema referente a MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN con que cuenta el Hospital al respecto de PQRS, en sus páginas 55 a 58 se evidencia que a la fecha de la presente Auditoría NO se ha incluido la información referente a las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.  
De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 este Manual se encuentra en procesos de actualización y la respectiva publicación en la página Web del hospital será antes de Diciembre 31 de 2021. (Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoria anterior).
- c. En la página WEB del Hospital se encuentra la ruta: Inicio / Planeación, Gestión y Control / Planes, Programas y Proyectos / Planes Estratégicos - Decreto 612 / 6.Plan Institucional de Capacitación. Donde se encuentra el Cronograma para la ejecución del programa "Plan Institucional de Capacitación" - Vigencia 2021, evidenciándose once (11) actividades específicas para el año 2021, relacionándose en la columna "Responsable" Atención al Paciente y su familia y Subdirección de Defensoría al Usuario, en donde NO se incluye actividades relacionadas con el Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo.  
Según Formato identificado con código 05GC28-V2 con nombre "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" se menciona en el numeral 3° METODOLOGÍA; la inclusión de Programa de Capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo, como también se menciona en el numeral 3.3. ESTRUCTURA DEL PLAN y 3.4. INSUMOS.  
De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario remitirá documento gestionando la inclusión de capacitación sobre la normatividad vigente en el tema de la referencia a los servidores públicos de la entidad. Se Remite correo electrónico con respuesta dada por la Subdirectora de Desarrollo Humano fechado Septiembre 30 de 2021. Se sugiere actualizar y/o aclarar el formato mencionado el cual fue consultado por esta Auditoría con la actividad "Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo la cual no fue incluida en el Programa Institucional de Capacitaciones "PIC". (Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoria anterior).
- d. En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, Mediciones; se revisaron veintitrés (23) indicadores, donde se sigue evidenciando la NO inclusión de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.  
De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario manifestó que en las sedes NO cuentan con el Módulo de Indicadores habilitado por tal razón aún no se han parametrizado los indicadores respectivos, se sugiere la habilitación

*[Handwritten signature]*

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

de las mediciones para las sedes en Zipaquirá. (Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoria anterior).

- e. Una vez realizada revisión de los veintitrés (23) Indicadores de PQRSD en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" se evidencia que no todos los indicadores cuentan con el respectivo análisis al corte del trimestre anterior a esta Auditoría, se sugiere se actualice el ANÁLISIS a los indicadores que aún faltan por registrar. (Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoria anterior).
- f. Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°parágrafo II, Artículo 22°, 23°, 29°,31°, 32° y 35°. Y al procedimiento 02AUF06-V4 "RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES A USUARIOS" en su Numeral 3.3. APLICACIÓN y en su Numeral 7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES, Actividad No.2 - INGRESAR PQRSD AL SISTEMA ORFEO "Todas las PQRSD que ingresen a la Institución por los diferentes medios serán ingresadas al sistema ORFEO por la Subdirección de Defensoría al Usuario".  
Además existen en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" un procedimiento y un protocolo identificados con los Códigos 02TH05-V3 y 03AF34-V2, los cuales fueron elaborados por la Subdirección de Desarrollo Humano y por el Líder de Proyecto de Farmacia respectivamente, y los cuales tiene como referencia en su Objetivo las PQRSD.  
Se sugiere UNIFICAR en los procedimientos que "...el Registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSD" sea administrado por una sola persona de acuerdo a lo que dicta la Resolución Interna No.282 de 2021 y se utilice un solo aplicativo en Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, como es el Módulo de PQRSD del Sistema de Gestión Integral "ALMERA". Según acta de cierre No.008 de fecha Octubre 22 de 2021, la Dirección de Atención al Usuario solicitara modificación a la resolución citada.
- g. En cuanto al Cliente Interno la Gestión se realiza por la Subdirección de Desarrollo Humano, se solicita información referente a este tema mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2021110008125-1 fechado Septiembre 17 de 2021, desde enero 01 a Agosto 31 de 2021, se recibe respuesta con oficio con consecutivo 2021402008866-1 de Septiembre 30 de 2021, donde se relaciona veintinueve (29) PQRSD del Cliente Interno que fueron remitidas por la Subdirección de Defensoría del Usuario, se pudo evidenciar que las respuestas a las PQRSD del Cliente Interno se realizan a través del aplicativo Informático Orfeo. Sin embargo no se pudo consultar por falta de acceso en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" las PQRSD que corresponden al Cliente Interno, como tampoco la trazabilidad de cada una de las PQRSD.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

Las siguientes Observaciones y/o Hallazgos se levantan en el presente Informe de Auditoría toda vez que en la revisión y seguimiento realizado desde Julio 01 de 2020 a Agosto 31 de 2021, el responsable del proceso allego soportes y/o evidencias de las actividades realizadas las cuales fueron verificadas físicamente como en los aplicativos informáticos con que cuenta el Hospital.

- ✓ De acuerdo a la búsqueda realizada en el Aplicativo de Gestión Documental ORFEO, arroja 38 resultados de Respuesta a PQRSD durante el año 2019, no se evidencia mediante la búsqueda la totalidad de respuestas dadas, como tampoco las solicitudes de PQRSD durante la vigencia 2019 y 2020, haciendo la búsqueda dispendiosa por las múltiples variables que se utilizan. NO EXISTE TABULACION ÚNICA PARA BUSQUEDA TOTAL. SE RECOMIENDA QUE EXISTA EN EL SISTEMA DE GESTION "ORFEO" UNA PESTAÑA DONDE SE CONSOLIDE TODAS LAS PQRSD, TANTO LAS SOLICITUDES COMO LAS RESPUESTAS DADAS POR CADA UNO DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.  
Al realizarse la migración de la información para el Control, análisis y Seguimiento a las PQRSD por el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se Observa que se hace necesario ACTUALIZAR el Procedimiento identificado con código 02AUF06-V4 "Recepción, Trámite y respuesta de peticiones de usuarios". Se registra captura de pantalla de publicación en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" del procedimiento 02AUF06 con versión 5. Se levanta por actualización de Procedimiento.

Documento específico

Ficha técnica	
<b>Código</b>	02AUF06-V5
<b>Origen</b>	Interno
<b>Emsor</b>	Hospital Universitario de la Samaritana
<b>Clase</b>	Procedimiento
<b>Fecha</b>	2021-09-21

**RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS**

Archivos (1)

02AUF06-V5  
RECEPCIÓN  
TRÁMITE Y  
RESPUESTA DE  
PETICIONES DE  
USUARIOS.pdf

*Handwritten signature*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- ✓ De acuerdo a lo revisado y la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No.-2020300009813-1, se evidencio que se encuentra un informe publicado en la web del hospital donde se encontró Número de radicado de respuesta con consecutivo de la aplicación ORFEO para Bogotá, NO existe un registro UNICO para PQRS con un consecutivo institucional de las PQRS para Zipaquirá. No ha sido incluida en el Plan Único de Mejora. Se levanta por estar repetida la observación.
- ✓ Se observa que existen en el PUMP 2019 actividades específicas de mejoramiento de indicadores, se puede evidenciar que de seis (6) actividades solo una (1) fue cumplida, las otras cinco (5) no se encontró que fuesen cumplidas. Se RECOMIENDA que se generen las mejoras a las actividades relacionadas al fortalecimiento de Indicadores de gestión y resultado de PQRSD y se actualicen las actividades en el PUMP tanto para Bogotá como para Zipaquirá y quede documentada su gestión. Se levanta por elaboración Plan de Mejora ID 2251.
- ✓ Se verifica en la Página WEB del Hospital en la ruta: Inicio / Planeación, Gestión y Control / Informes / Informes de Gestión / Trimestrales / 4° Trimestre / Año 2019, el Informe de Gestión de la Dirección de Atención al Usuario a corte 4° Trimestre de 2019 se verifica que los listados de PQRSD sean entregados a los diferentes líderes para generar las respuestas, se evidencia que éstas son entregadas (Pag.293) y que respondieron el 94% de la PQRSD dentro de los términos de Ley. Sin embargo no se evidencia que se encuentren las PQRSD de Zipaquirá relacionadas en los informes. Se RECOMIENDA documentar la entrega de PQRSD a los líderes de proceso para su respectivo trámite incluyendo Zipaquirá. Se levanta por verificación Almera proceso entrega para trámite en Bogotá y Sedes en Zipaquirá.
- ✓ En el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" no se puede establecer la trazabilidad de las respuestas de PQRSD del cliente interno como del cliente externo, dado que NO hay una definición clara de búsqueda, por cuanto se nombran de diferentes maneras las PQRSD (Quejas, Peticiones, reclamos, etc.). Lo que hace muy dispendioso la consolidación de la información. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA a pesar que la Dirección de Atención al Usuario entrego la ruta, no se tiene los permisos de consulta requeridos. SE RECOMIENDA solicitar al proveedor del Sistema de Gestión Documental ORFEO la creación de una pestaña o algo parecido para poder hacer seguimiento a la trazabilidad de cada respuestas dada de PQRSD recibidas. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA asignar los permisos necesarios para consultar la información por parte de Control Interno. Documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores. Se levanta por cambio de aplicativo y permisos otorgados de consulta en Almera.

*Jub...*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- ✓ De acuerdo al Acta No-008 de septiembre 16 y 20 de 2021 la Subdirección de Defensoría al Usuario informa que el plan de mejora identificado con ID 1206 no se encuentra dentro del Proceso, se informa que este fue reemplazado por el Plan de mejora ID 1962, el cual se encuentra cerrado a la fecha de esta auditoría, por tal motivo se solicitara por parte de la Subdirección de Defensoría del Usuario la eliminación del Plan de Mejora mencionado. Se unifican observaciones 10 y 11 de la vigencia 2020. Se levanta por anulación Plan de Mejora descrito.
- ✓ De acuerdo al seguimiento realizado por el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" basados en los consecutivos institucionales que este aplicativo da a las solicitudes y respuestas de PQRSD ha sido muy dispendioso corroborar que todas las PQRSD solicitadas por el cliente interno y por el cliente externo de Bogotá, de la Unidad Funcional y del Hospital Regional de Zipaquirá hayan sido respondidas en su totalidad por los responsables, es por eso que se recomienda en "ORFEO" se consolide TODAS las PQRSD y que estas puedan ser consultadas por periodos o cortes y por responsables de respuesta. En cuanto al Sistema de Gestión Integral "ALMERA" aun cuando fue entregada la ruta de acceso para consultar PQRSD, esta oficina NO cuenta con los permisos correspondientes para consulta de información necesaria para desarrollar la auditoria al Procedimiento de PQRSD, como de documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores. Se levanta por cambio de aplicativo y permisos otorgados de consulta en Almera.
- ✓ El Plan de Acción y seguimiento a la Política de Participación Social en el Eje Estratégico "Control Social en Salud" existe la actividad de: "Socializar la percepción del usuario obtenida a través de los resultados de la aplicación de encuestas", revisada la página WEB NO se pudo evidenciar la socialización, por lo cual se recomienda que se actualice la información. Se levanta, se anexa acta socialización y comunicado Dirección Atención al Usuario.
- ✓ Nuevamente se recomienda que se realice reunión para que la Dirección DE ATENCION AL USUARIO, con base a las recomendaciones dejadas en esta Auditoría, coordine todo lo pertinente a PQRSD con el Director del Hospital Regional de Zipaquirá y la Coordinación de la Unidad Funcional de Zipaquirá, adicionalmente con la Dirección Administrativa y la Subdirección de Sistemas. Se levanta, se anexa acta de Reunión.

Las Observaciones y/o Hallazgos que no presentaron actividades o soportes donde se pudiese evidenciar que se subsanaron al cierre del presente Informe de Auditoria quedan en firme para hacer el seguimiento respectivo y verificar si los responsables de procesos les realizaron Plan de Mejoramiento o se subsanaron con actividades, a lo cual deberán presentar los soportes físicos o evidenciar su respectiva Gestión en la próxima Auditoria.




**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**SOLICITUD:** Las Observaciones y/o Hallazgos registrados anteriormente en este Informe de Auditoria, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, no deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoria son de carácter Institucional.

  
**YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

  
**JOHN BONZA DUQUE**  
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Noviembre 02 de 2021