



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
EN SALUD



Al contestar por favor cite:2022110012978-1



05GIS15 - V7 Página 1 de 1

Bogotá, diciembre 5 de 2022

Doctor (a)
NUBIA GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
MARISOL GARAVITO BEJARANO
Subdirectora Defensoría al Usuario
MARTHA LUCIA GONZALEZ
Subdirectora Desarrollo Humano
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director Hospital Regional de Zipaquirá
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Unidad Funcional de Zipaquirá
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe Auditoria Gestión PQRSD a Septiembre 30 de 2022 – Bogota y Zipaquirá

Cordial Saludo.

Una vez agotadas todas las actividades del Procedimiento de Auditoria, se envía Informe Final de Auditoría Gestión de PQRSD a Septiembre 30 de 2022 para que dentro de los cinco (5) días siguientes se elabore Plan de Mejoramiento a que haya lugar, según lo establecido en el Procedimiento 02AC01, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09.

Se sugiere que para elaborar el Plan de Mejoramiento se reúnan los responsables de los procesos que participan en las actividades de Gestión de PQRSD, con el fin de que las actividades queden coordinadas.

Se anexa (19) folios.

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

c.c. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tel. 4077075

www.hus.org.co

“Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada”

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



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

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

**INFORME AUDITORÍA GESTIÓN PQRS D A SEPTIEMBRE 30 DE 2022
SEDES DE BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, OCTUBRE DE 2022

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, located in the bottom right corner of the page.

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



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

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES

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	4
1.5. Base Legal	4
1.6. Proceso	5
1.6.1. Procedimientos	5

2. RIESGOS

2.1. Matriz de Riesgos Institucional 2022	6
2.2. Matriz de Corrupción 2022	7

3. FORTALEZAS Y MEJORAS

3.1. Fortalezas	8
3.2. Mejoras	9

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN IMPLEMENTACION MECI 9

5. SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES 10

6. CONCLUSIONES 14

7. RECOMENDACIONES 15

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 Agosto 31 de 2021 y vigencias anteriores, dicho seguimiento se realizara dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Septiembre 01 de 2020 hasta Septiembre 30 de 2022, aportando Contribución para la toma de decisiones de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, cuyo fin es dar 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".

1.2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2022, se realiza la presente Auditoria desde la verificación de las recomendaciones entregadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD a Agosto 3 de 2021, hasta el seguimiento a las recomendaciones ejecutadas por los responsables de los procesos y procedimientos dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Septiembre 01 de 2021 hasta Septiembre 30 de 2022.

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 2022, 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.

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

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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".
- **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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

- **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, documento 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 veintidós (22) 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-V5 "GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO)".
- 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:

- ✓ GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO), Código de documento 02AUF06-V5, aprobado en Septiembre 21 de 2021, publicado en Intranet en la misma fecha y que tiene por objeto: 'Garantizar que se tramité y se ofrezca respuesta clara, oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias que sean competencia del Hospital Universitario de la Samaritana, formuladas por los usuarios, sus familias y partes interesadas, en ejercicio de sus derechos y de conformidad con la normatividad vigente'.
- ✓ 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 (HRZ) y en la Unidad

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

Funcional de Zipaquirá (UFZ), con el fin de desarrollar las actividades necesarias para lograr la resolución de las mismas, en concordancia con el Procedimiento Institucional establecido para la GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO) (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 III Trimestre 2022

Matriz Institucional de Riesgos 3er. Trimestre de 2022, la cual fue publicada en la página Web del Hospital y aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG con acta sin número de fecha Octubre 06 de 2022; para el desarrollo de la presente Auditoría registra un (1) Riesgo Institucional al Proceso de Atención al Usuario y su Familia que se encuentra asociado al Procedimiento identificado con Código 02AUF06-V5; "Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (ATENCIÓN AL CIUDADANO)", procedimiento que tienen como objetivo general "Garantizar que se tramité y se ofrezca respuesta clara, oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias que sean competencia del Hospital Universitario de la Samaritana, formuladas por los usuarios, sus familias y partes interesadas, en ejercicio de sus derechos y de conformidad con la normatividad vigente".

Matriz en la que se identifica un (1) Riesgo y cuyas causas están listadas en la tabla siguiente, como también se describe allí la evaluación para el Riesgo:

1. RIESGO: Posibilidad de que el HUS o sus sedes reciban sanciones, llamados de atención o se inicien investigaciones administrativas o disciplinarias, etc., por parte de Entes de control o instancias Judiciales por emitir respuestas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas, debido a Fallas en la aplicación de los procedimientos y controles, con la evaluación del riesgo "ALTA".

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



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

CONSECUENCIA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPOLOGIA DEL RIESGO	CAUSA	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	ZONA DE RIESGO FINAL
Pérdidas Económicas Pérdida de imagen / credibilidad / confianza/ clientes, usuarios insatisfechos	Posibilidad de que el HUS o sus sedes reciban sanciones, llamados de atención o se inicien investigaciones administrativas o disciplinarias, etc., por parte de Entes de control o instancias Judiciales por emitir respuestas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas, debido a Fallas en la aplicación de los procedimientos y controles.)	Seguridad del Paciente	Relacionados con Trámites Administrativo s para la atención en salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificación y Derivación (asignación) inadecuada de PQRSDf para su trámite y gestión interna. 2. Falta de adherencia al procedimiento de PQRSDf de los colaboradores responsables de todos los procesos involucrado y de los Colaboradores de la Subdirección de la Defensoría del Usuario. 3. Emitir respuestas inadecuadas y/o e incompletas al Usuario. 4. Respuestas internas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas por los líderes de proceso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad 7 numeral 1; Procedimiento 02AUF06- V5 GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO). 2. Actividad 7 numeral 2, 02AUF06- V5 GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCION AL CIUDADANO). 3. Plan ID 2388 Plan de auditoria basado en acreditación. 4. Plan de mejoramiento basado en acreditación ID 2390. 	ALTO

De acuerdo al Monitoreo de Riesgos realizado hasta el tercer trimestre de 2022 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 de Riesgos de Corrupción 2022, publicada en la página Web del Hospital y aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG con acta No.2022-01 de fecha Enero 27 de 2022, para el desarrollo de la presente Auditoría NO registraron Riesgos de Corrupción asociados al Procedimiento; "Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (ATENCIÓN AL CIUDADANO)" y que tiene como objetivo general "Garantizar que se tramité y se ofrezca respuesta clara, oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias que sean competencia del Hospital Universitario de la Samaritana, formuladas por los usuarios, sus familias y partes interesadas, en ejercicio de sus derechos y de conformidad con la normatividad vigente".

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



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

3. FORTALEZAS Y MEJORAS

Mediante Acta de Apertura de esta Auditoría se solicitó a los asistentes a la reunión enviaran por escrito las mejoras y fortalezas relacionadas con el tema de esta auditoría, es decir PQRSDf, como también las actividades desarrolladas en la implementación del MECI y que estándares de acreditación se encuentran relacionados para Bogotá y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá.

Se recibe respuesta por parte de la Directora de Atención al Usuario – Nubia Guerrero Preciado y por la Subdirectora de Defensoría al Usuario – Marisol Garavito Bejarano con oficio con consecutivo Orfeo 2022300011391-1 fechado Octubre 13 de 2022.

Se recibió respuesta por parte de la Coordinadora de la sede UF de Zipaquirá – Ana Carolina Serna Rubio con oficio con consecutivo Orfeo 2022300012677-1 fechado Noviembre 23 de 2022. No se recibe respuesta de la sede HR de Zipaquirá.

A continuación se describen de una manera general las fortalezas y mejoras reaccionadas en cada uno de los oficios mencionados anteriormente:

3.1. Fortalezas

- Emisión de respuestas a los peticionarios antes de 15 días.
- Socialización y medición del procedimiento 02AUF06 a colaboradores de la Dirección de Atención al Usuario y la Subdirección de Defensoría del Usuario.
- Durante el 1er. Semestre de 2022 se da respuesta al 100% en términos de Ley a las manifestaciones radicadas.
- Se implementan acciones para la disminución de las cinco (5) primeras causas por PQRSDf.
- Se define e implementa un indicador de efectividad el cual se identifica con ID 2390 y se encuentra publicado en el aplicativo ALMERA.
- Se fortaleció el uso de canales virtuales por el usuario de recepción de las PQRSDf, siendo el correo electrónico el canal más usado y en tercer lugar está el formulario de PQRSDf que se encuentra publicado en la página Web del hospital.
- Se actualizo el Mapa de riesgos del Proceso de Atención al Usuario y su Familia el cual se socializa a los integrantes del proceso.
- Se articula la gestión de PQRSDf en las tres (3) sedes del Hospital, liderando la gestión desde Bogotá y se dan lineamientos logrando la adherencia.
- Implementación del aplicativo ALMERA para el trámite, asignación y cierre de las PQRSDf.
- Socialización de mecanismos para la recepción de las PQRSDf, página Web, correo electrónico, buzón de sugerencias.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

3.2. Mejoras

- OM parcial de ICONTEC; Dar continuidad al análisis del comportamiento de las PQRSDF para identificar una disminución real en condiciones habituales de prestación de servicios que permitan intervenir las primeras causas identificadas. Como acciones implementadas se fórmula en Plan de Mejora por Proceso identificado con ID 2389, el cual se encuentra en el aplicativo Almera.
- Implementar el Modulo Indicadores de PQRSDF en el Aplicativo ALMERA en la sede UF de Zipaquirá.
- Fortalecer el proceso de voz del cliente interno PQRSDF, código del documento 02TH05-V3, aprobado en Diciembre 19 de 2018 a cargo del referente de Talento Humano de la sede UF de Zipaquirá.
- Entrega de Tablet que facilitan el proceso de recepción de necesidades e inconformidades de los usuarios, pacientes y sus familias y la realización de encuestas de satisfacción.

4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN IMPLEMENTACION MECI

Desde la dimensión "Gestión con Valores para los resultados" la cual el propósito es permitirle a la organización realizar actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público, realizando despliegue al cliente interno de las políticas como son:

- **Servicio al ciudadano (Bogotá):** Que tiene como fin atender las solicitudes realizadas por los usuarios y grupos de interés, a través de canales institucionales de comunicación.
- **Servicio al ciudadano (Sede UF Zipaquirá):** Canalizar y atender las solicitudes de los usuarios, pacientes y familia recepcionadas a través de los diferentes canales institucionales.
- **Participación ciudadana en la Gestión pública (Bogotá):** Cuyo objetivo es optimizar los canales de participación que tiene la entidad, a través del diseño, mantenimiento y mejora de espacios que promuevan la atención oportuna y efectiva a la comunidad en general y grupos de interés. Como estrategia que se ha mantenido con los años es la socialización de los Derechos y Deberes a los usuarios.
- **Participación ciudadana en la Gestión pública (Sede UF Zipaquirá):** Fortalecer y mantener los canales de participación de la comunidad y grupos de interés.

Los elementos de verificación en Bogotá son:

1. Registro Estadístico Modulo de PQRSDF en el aplicativo Almera (Recepción, trámite y respuesta), 2. Informes de Gestión Trimestral de la PQRSDF que se publican en la página Web del Hospital y 3. Matriz de Riesgo del Proceso de Atención al Usuario y su Familia.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

5. SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES

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 y 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, sede Bogotá, donde se identifican cuatro (4) Planes de mejora como fuente de PQRSD;

- El primer Plan de Mejora identificado con ID 2316 “Durante la atención de Enfermería se han presentado quejas en las que se involucran aspectos relacionados con inconformidades en la realización de procedimientos básicos de enfermería, de forma oportuna, cálida y pertinente, que no favorecen la respuesta a las necesidades en salud y la satisfacción del usuario. (Se relacionan la QR: 20213961, 20213963, 20213976, 20213718, 20212517, 20212536, 20212520, 20212542, 20212580, 20212581, 20212556, 20212639, 20212446, 20212459”. Plan de Mejora el cual tiene nueve (9) Acciones de Mejora con terminación de acciones a Diciembre 15 de 2022 con un avance ponderado del 70%.
- El segundo Plan de Mejora identificado con ID 2420 “Lesiones por presión”, el cual tiene cinco (5) Acciones de Mejora, con terminación de acciones a Diciembre 16 de 2022, con un avance ponderado del 72%.
- El tercer Plan de Mejora identificado con ID 2421 “Pérdida de Elementos Personales”, el cual tiene cinco (5) Acciones de Mejora, con terminación de acciones a Diciembre 30 de 2022, con un avance ponderado del 70%.
- El cuarto Plan de Mejora identificado con ID 2422 “Falta de calidez y trato amable”, el cual tiene seis (6) Acciones de Mejora, con terminación de acciones a Diciembre 30 de 2022, con un avance ponderado del 57%.

En la siguiente tabla se establece el seguimiento respectivo desde Septiembre 01 de 2021 hasta Septiembre 30 de 2022 a las recomendaciones realizadas hasta Agosto 31 de 2021 y vigencias anteriores, las cuales se van detallando, como también, se evidencia el estado de cada una de las recomendaciones:

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



VERSIÓN:
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE**

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDAD ESPECIFICA DE MEJORA 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	
1	<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. Se evidencio información de Bogotá y Zipaquirá, pero la información publicada no cumple con la codificación institucional.</p> <p>Se RECOMIENDA 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.</p> <p>Se Observó en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" Módulo PQRSDF que el Hospital Regional de Zipaquirá registra las PQRSDF y tienen consecutivo institucional pero NO se está diligenciando el formato Publicado con este registro codificado institucional. Aunque a los registros del Hospital Regional de Zipaquirá aporta numeración. Por lo anterior el Hospital Regional de Zipaquirá debe cumplir con la PUBLICACIÓN de PQRSDF con el registro codificado Institucional. <u>(Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior).</u></p>	<p>A la fecha se tiene de acceso al Módulo de PQRSDF del aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" por lo cual se puede consultar.</p> <p>Se revisa la información registrada en la página Web referente a la publicación de PQRSDF y su consecutivo institucional, evidenciándose que se ha publicado con la numeración requerida.</p> <p><u>SE LEVANTA LA RECOMENDACIÓN</u></p>	N/A	N/A	N/A
2	<p>De acuerdo a la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No.-202030009813-1 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 ZIQAQUIRA.</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.</p> <p>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. <u>(Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior).</u></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 2022; como también en el Aplicativo Almera el Manual identificado con código 01AUF03-V1.</p> <p>Dentro del Manual en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES PQRSDF", en sus páginas 55 a 58 (Página Web) y 43 y 44 (Aplicativo Almera) se evidencio a la fecha de la presente Auditoría que NO se incluyó la información referente a las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p><u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u></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, se da las indicaciones respecto a la guía de Orientación e Información, específicamente del Manual de Información que se encuentra publicado en la página Web del Hospital y el que se encuentra en el Aplicativo Almera identificado con código 01AUF03-V1 en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES PQRSDF" no se incluye información referente a las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p>La Subdirección de Defensoría del Usuario y la Dirección de Atención al Usuario deberán actualizar, publicar, capacitar, socializar y realizar seguimiento al documento mencionado, tanto para Bogotá como para las sedes que se encuentran en Zipaquirá.</p>

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN:
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE**

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDAD ESPECIFICA DE MEJORA 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A SEPTIEMBRE 30 DE 2022
<p>3</p> <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, reintucción 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. 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". <u>(Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior).</u></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 2022, evidenciándose cuatro (4) actividades específicas para el año 2022, 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 "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" aprobado en Junio 20 de 2019: 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. Se sugiere nuevamente actualizar y/o aclarar el formato "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" consultado por esta Auditoría en la actividad "Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo" la cual nuevamente no fue incluida en el Programa Institucional de Capacitaciones "PIC" vigencia 2022. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACION.</u></p>	N/A	N/A	<p>En el documento aprobado en Junio de 2019 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>
<p>4</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 PQRS, como se puede evidenciar que se puede registrar el análisis respectivo. Se RECOMIENDA que los Indicadores de PQRS se analicen y publiquen tanto de Bogotá como de Zipaquirá, ya que el publicado en la página WEB del Hospital solo se evidencian Indicadores de Bogotá.</p>	<p>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 de las mediciones para las sedes en Zipaquirá. <u>(Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior).</u></p>	<p>En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, Mediciones; se revisaron veintisiete (27) indicadores, donde se sigue evidenciando la NO inclusión de mediciones de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá. Se sugiere la habilitación de Indicadores para las sedes en Zipaquirá. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACION.</u></p>	N/A	N/A	<p>Aun cuando existen indicadores de PQRS 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>

Página 2

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

RECOMENDACIÓN EN LA VIGENCIA 2020	RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2021	ACTIVIDAD ESPECIFICA DE MEJORA 2021	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	
5	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 actualice el ANÁLISIS a los indicadores que aún faltan por registrar. <u>(Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior).</u>	Una vez realizada revisión al análisis registrado a los veintisiete (27) Indicadores de PQRSD en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" se encontró quince (15) indicadores actualizado su análisis, once (11) indicadores sin análisis y uno (1) indicador registra análisis a junio de 2022. Se sugiere se actualice el ANÁLISIS a los indicadores de Bogotá que se encuentran desactualizados y/o sin análisis. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	N/A	N/A	N/A
6	Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9° párrafo 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.	Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°, Artículo 22°, 23°, 29°, 31°, 32° y 35° es la Subdirección de Defensoría al Usuario quien debe gestionar las PQRSD del hospital. Adicionalmente existen en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" un procedimiento y un protocolo identificados con los Códigos 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018 y 03AF34-V2 actualizado en Mayo de 2017, los cuales fueron elaborados por la Subdirección de Desarrollo Humano y por el Líder de Proyecto de Farmacia respectivamente, y que tiene como referencia en su Objetivo las PQRSD, documentos que a la fecha de esta auditoría deben ser actualizados. Se sugiere en los procedimientos que "...el Registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSD" sea UNIFICADA su administración por un solo responsable de acuerdo a lo que dicta la Resolución Interna No.282 de 2021. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	N/A	N/A	UNIFICAR en Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, los procedimientos y dejar un único responsables del proceso de PQRSD, según se plantea en la Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°, Artículo 22°, 23°, 29°, 31°, 32° y 35°.	
7	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.	En cuanto al Cliente Interno la Gestión la realiza la Subdirección de Desarrollo Humano, se solicita información referente a PQRSD mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2022110012064-1 fechado Noviembre 4 de 2022, Se recibe respuesta con oficio con consecutivo 2022402012686-1 fechado Noviembre 25 de 2022. Se verifica las PQRSD que corresponden al Cliente Interno accediendo al aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" no se pudo verificar ninguna PQRSD listada en el oficio que corresponden al cliente interno por no tener acceso. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u>	N/A	N/A	N/A	

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



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

6. CONCLUSIONES

- 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 e individual por cada uno de los responsables en lo que respecta al tema de esta Auditoria, es decir, a la Gestión de PQRSD de Zipaquirá.
- En cuanto a la gestión de PQRSD del Cliente Interno, que se realiza por la Subdirección de Desarrollo Humano, mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2022110012064-1 fechado Noviembre 04 de 2022 se solicitó informar actividades y/o planes de mejora de la competencia de esa Subdirección con relación a las recomendaciones dejadas en la auditoria de la vigencia pasada, igualmente relacionar las PQRSD que fueron recibidas desde Septiembre 01 de 2021 a Septiembre 30 de 2022, con fecha de entrega Noviembre 8 de 2022. Se recibe respuesta hasta Noviembre 24 de 2022, fecha del cierre de este informe preliminar de auditoria.
- Mediante acta de apertura No.006 de Octubre 05 de 2022, se solicita a la Directora de Atención al Usuario como a la Subdirectora de Defensoría al Usuario, al Director del Hospital Regional de Zipaquirá y a la Coordinadora de la Unidad Funcional de Zipaquirá que mediante escrito reporte de mejoras que haya tenido en el proceso auditado como las fortalezas encontradas y relacione que actividades ha realizado en la implementación Mecí y que estándares de acreditación se encuentran relacionados con el tema de esta auditoría. NO se recibe respuesta por parte de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá a la fecha del cierre de este informe preliminar de auditoria, únicamente se recibe respuesta por parte de la Dirección de Atención al Usuario y la Subdirección de Defensoría del Usuario de Bogotá con oficio con consecutivo Orfeo 2022300011391-1 fechado Octubre 13 de 2022. Se recibe respuesta con oficio con consecutivo Orfeo 2022300012677-1 fechado Noviembre 23 de 2022 por parte de la sede UF de Zipaquirá.
- 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 publicado en la página Web del Hospital y el que se encuentra en el Aplicativo Almera identificado con código 01AUF03-V1, en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES PQRSD" solo se publicó la información referente a las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá en la página Web del Hospital, queda pendiente realizar la actualización en el Manual al documento que se encuentra en el Aplicativo Almera identificado con código 01AUF03-V1.

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



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

- 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 ejecución de actividades que se desarrollan para la Gestión de PQRSD se deben establecer en orden lógico y estos promover la eficiencia y la optimización, con un responsable en ejecutar y cuando ejecutar dichas actividades, todo esto plasmado en un Procedimiento, es por eso que la Resolución 282 de Junio 11 de 2021 reglamentó el trámite interno de las PQRSD del Hospital Universitario de la Samaritana.

7. RECOMENDACIONES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
a	<p>CONDICIÓN: NO se incluyó la información referente a las sedes del Municipio de Zipaquirá, en la sección del Manual "COMO INTERPONER SUS PETICIONES PQRSD", en sus páginas 43 y 44 del Aplicativo Almera, Manual identificado con código 01AUF03-V1. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de información de las sedes de Zipaquirá en el manual publicado en el Aplicativo Almera.</p> <p>EFECTO: Inefectividad en la información registrada.</p>
b	<p>CONDICIÓN: No se incluye actividades en el Plan Institucional de Capacitación "PIC" relacionadas con el Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo. 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 2022, evidenciándose cuatro (4) actividades específicas para el año 2022, relacionándose en la columna "Responsable" Atención al Paciente y su familia y Subdirección de Defensoría al Usuario, en donde según Formato "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" aprobado en Junio 20 de 2019: 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. Se sugiere nuevamente actualizar y/o aclarar el formato consultado por esta Auditoría "PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN" en la actividad "Programa de capacitación en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo" la cual nuevamente no fue incluida en el Programa Institucional de Capacitaciones "PIC" vigencia 2022. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 815 de 2018, Resolución 215 de 2017 por el cual se crea y reglamenta el Comité de capacitación y educación continua.</p> <p>CAUSA: Falta de supervisión y seguimiento en cuanto a las actividades que deben relacionarse en el Plan de capacitaciones.</p> <p>EFECTO: Inefectividad en actividades relacionadas con Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo.</p>

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



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

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
c	<p>CONDICIÓN: No existen mediciones y/o Indicadores en las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá relacionados con PQRSD. En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, Mediciones; se revisaron veintisiete (27) indicadores, Se sugiere la habilitación de Indicadores para las sedes en Zipaquirá. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de información referente a indicadores en las sedes del Municipio de Zipaquirá.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSD.</p>
d	<p>CONDICIÓN: El Análisis de los indicadores está parcialmente desactualizado, se encontró en la revisión que registra veintisiete (27) Indicadores de PQRSD en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", de estos se encontró los siguientes indicadores desactualizados en su análisis: ID 2297 Análisis a marzo de 2022, ID 2317 Análisis a Junio de 2022, ID 2314, 2319 y 2321 No tienen análisis.</p> <p>Se sugiere se actualice por los responsables el ANÁLISIS de los indicadores de Bogotá que se encuentran desactualizados y/o sin análisis. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de información analizada por los responsables referente a indicadores de Bogotá.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSD.</p>
e	<p>CONDICIÓN: No hay un responsable de la administración de PQRSD de acuerdo a lo que dicta la Resolución Interna No.282 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSD" Artículo 2°, Artículo 9°, Artículo 22°, 23°, 29°,31°, 32° y 35° es la Subdirección de Defensoría al Usuario quien debe gestionar las PQRSD del hospital.</p> <p>Adicionalmente existen en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" un procedimiento y un protocolo identificados con los Códigos 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018 y 03AF34-V2 actualizado en Mayo de 2017, los cuales fueron elaborados por la Subdirección de Desarrollo Humano y por el Líder de Proyecto de Farmacia respectivamente, y que tiene como referencia en su Objetivo las PQRSD, documentos que a la fecha de esta auditoria deben ser actualizados y/o eliminados.</p> <p>Se sugiere en los procedimientos que "...el Registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSD" sea UNIFICADA su administración por un solo responsable. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Resolución 282 de junio de 2021 – Reglamento Interno de PQRSD.</p> <p>CAUSA: Falta de coordinación y comunicación entre áreas.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la responsabilidad del seguimiento a todas las PQRSD.</p>
f	<p>CONDICIÓN: Se debe fortalecer la articulación de los Planes de Mejoramientos que se deriven de esta auditoria con los Planes de Mejoramiento que se realizan derivados de la Acreditación de Bogotá y las sedes en el Municipio de Zipaquirá</p> <p>CRITERIO: Procedimiento PQRSD código 02AUF06-V5, Procedimiento Auditoría Interna Independiente código 02AC01-V1, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Estándar 48 y Grupo estándares de mejoramiento de la Calidad del estándar 156 al estándar 160.</p> <p>CAUSA: Falta de capacitación o desconocimiento de la norma.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la articulación de Planes de Mejora de PQRSD con los de Acreditación.</p>

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

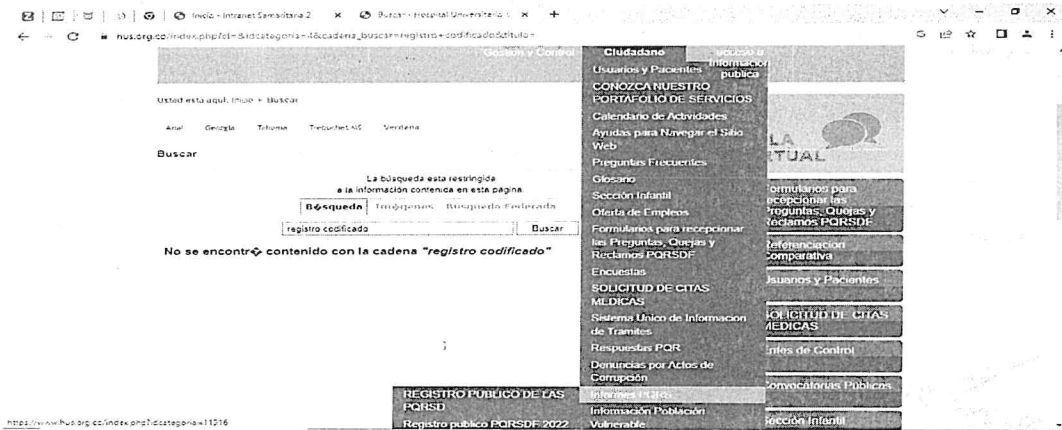


VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
g	<p>CONDICIÓN: No se tiene acceso a PQRSD del Cliente Interno en el Aplicativo ALMERA, aun cuando se solicitó información referente a PQRSD mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2022110012064-1 fechado Noviembre 4 de 2022, Se recibe respuesta con oficio con consecutivo 2022402012686-1 fechado Noviembre 25 de 2022. Se verifica accediendo al aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" no se pudo verificar ninguna PQRSD listada en el oficio.</p> <p>CRITERIO: Procedimiento PQRSD código 02AUF06-V5, Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de capacitación o descuido en la asignación de permisos de acceso para consulta a la Aplicación Almera – PQRSD Cliente Interno.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la articulación de permisos para acceder a consultar PQRSD del Cliente Interno.</p>

Las siguientes recomendaciones se levantan en el presente Informe de Auditoría toda vez que en la revisión y seguimiento realizado desde Septiembre 01 de 2021 a Septiembre 30 de 2022, 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.

- A la fecha se tiene de acceso al Módulo de PQRSD del aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" por lo cual se puede consultar. Se revisa la información registrada en la página Web referente a la publicación de PQRSD y su consecutivo institucional, evidenciándose que se ha publicado con la numeración requerida.
Se levanta por acceso y publicación en la página web.



OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN:
1.0

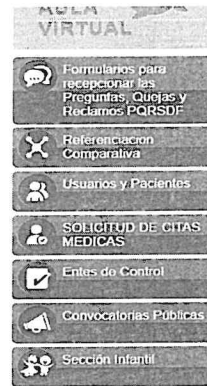
FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

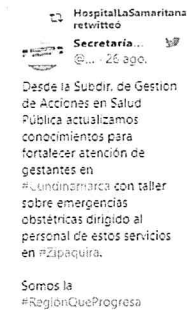
Registro publico PQRSDF 2022

- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ ENERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ ENERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA ENERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ FEBRERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ FEBRERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA FEBRERO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ MARZO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ MARZO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA MARZO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ ABRIL 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ ABRIL 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA ABRIL 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ MAYO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ MAYO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA MAYO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ JUNIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ JUNIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA JUNIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ JULIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ JULIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA JULIO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF UEZ AGOSTO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF HRZ AGOSTO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA AGOSTO 2022](#)
- [REGISTRO PUBLICO DE PQRSDF BOGOTA SEPTIEMBRE 2022](#)

Monday, 10 de October de 2022



Tweets de @ESE_HUS



Las recomendaciones 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.

SOLICITUD: Las Recomendaciones registradas 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.

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



VERSIÓN:
1.0

FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

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 JHASVELL HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Diciembre 1 de 2021