

Al contestar por favor cite:2023110004088-1



05GIN15 – V8 Página 1 de 1

Bogotá, 26 de abril de 2023

Licenciada
NUBIA GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
MARISOL GARAVITO BEJARANO
Subdirectora Defensoría al Usuario
MARTHA LUCIA GONZÁLEZ
Subdirectora Desarrollo Humano
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director Sede HRZipaquirá
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Sede UFZipaquirá
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe Auditoria Gestión PQRSDf a marzo de 2023

Cordial Saludo.

Una vez agotadas todas las actividades del Procedimiento de Auditoría, se envía Informe Final de Auditoría Gestión de PQRSDf a marzo de 2023, para que dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción del presente Informe de Auditoría se elabore el Plan de Mejoramiento a que haya lugar, según lo establecido en el Procedimiento "Auditoría Interna Independiente", Código 02AC01-V1, Actividad 21 y al Instructivo "Lineamiento Oportunidades de Mejora", Código 06GIC03-V2.

Nota: Se anexan dieciocho (18) folios

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente

**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 PQRSDF A MARZO DE 2023
BOGOTÁ Y SEDES UBICADAS EN ZIPAQUIRÁ**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, MARZO DE 2023

**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	3
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. SEGUIMIENTO A INFORMACIÓN SOLICITADA	8
4. SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES	10
5. CONCLUSIONES	13
6. RECOMENDACIONES	14

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 PQRSDF a Septiembre 30 de 2022, dicho seguimiento se realizara dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Octubre de 2022 hasta Marzo de 2023, 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 2023, se realiza la presente Auditoria desde la verificación de las recomendaciones entregadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSDF a Septiembre de 2022, hasta el seguimiento a las recomendaciones ejecutadas por los responsables de los procesos y procedimientos dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Octubre de 2022 hasta Marzo de 2023.

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 documentalente en el Plan Anual de Auditorias Vigencia 2023, 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.

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 Auditoria.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

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 Republica 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 PQRSDF.
- **Directriz No. 002 de 21 de julio de 2015.** – Respuesta de Derechos de Petición.
- **Resolución Interna No.393 de 2017** - Reglamento Trámite Interno de PQRSDF en el Hospital Universitario de la Samaritana.
- **Resolución Interna No.282 de 2021** – Deroga Resolución 393 de 2017 y se Reglamenta Trámite Interno de PQRSDF 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
------------------------	---	--

1.6. PROCESO

Caracterización de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, documento Identificado con Código 00UFC01-V4, publicado en el Aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en Enero 19 de 2023.

Proceso Misional, el cual cuenta con; una (1) caracterización, cincuenta y dos (52) Formatos, dos (2) manuales, un (1) programa 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, Familia y Comunidad / Documentación / Documentación Asociada / Caracterización / Formato / Políticas, Programas y Manuales / Procedimiento.

Los siguientes Procedimientos que pertenecen al proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad serán revisados dentro de la presente Auditoría:

- 02AUF06-V5 "GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO)".
- 02AUF15-V2 "APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS"

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, Familia y Comunidad / Documentación / Documentación Asociada / Procedimiento:

- ✓ GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO), Código de documento 02AUF06-V5, aprobado y publicado en Intranet en Septiembre 21 de 2021, y que tiene por objetivo: '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 y publicado en Intranet en Noviembre 17 de 2020, 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 asistencias del Hospital Universitario de la Samaritana y sus sedes; HRZ (Hospital Regional de Zipaquirá) y UFZ (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

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



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

establecido para la GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO) (Código 02AUF06).

2. RIESGOS

2.1. Matriz Institucional de Riesgos III Trimestre 2022

Para el desarrollo de la presente Auditoría registra un (1) Riesgo Institucional al Proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad en la Matriz Institucional de Riesgos 3er. Trimestre de 2022, 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; Riesgo que se encuentra asociado al Procedimiento identificado con Código 02AUF06-V5; "Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (ATENCIÓN AL CIUDADANO)", 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". Riesgo 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".

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 Administrativos 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 (ATENCIÓN AL CIUDADANO). 3. Plan ID 2388 Plan de auditoria basado en acreditación. 4. Plan de mejoramiento basado en acreditación ID 2390. 	ALTO

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

De acuerdo al Monitoreo de Riesgos que se realizó hasta el tercer trimestre de 2022 por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, ningún Riesgo se materializo para el Proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, como tampoco al Proceso de Gestión del Talento Humano. A la fecha de esta Auditoría no se ha actualizado la publicación de la Matriz de Riesgos Institucionales, por tal motivo se trabaja con la matriz de Riesgos Institucionales 3er. Trimestre 2022.

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 Felicidades (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".

3. SEGUIMIENTO A INFORMACIÓN SOLICITADA

Mediante Acta de Apertura de esta Auditoría fechada Marzo 17 de 2023, se solicitó que enviaran por escrito antes del 24 de marzo de 2023 a los responsables de Bogotá y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá la siguiente información;

- Plan de Mejoramiento y/o actividades que subsanan las recomendaciones de la Auditoría anterior, allegar en medio magnético.
- Reporte de mejoras, fortalezas y debilidades que haya tenido en el proceso auditado.
- Actividades que haya realizado en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno "MECI".
- Indicar que estándares de acreditación se encuentran relacionados entre su proceso y con el tema de esta auditoría.

Se recibe respuesta por parte de la Directora de Atención al Usuario en cargo – Keile Jessel Rondón Esquivel y de la Subdirectora de Defensoría al Usuario – Marisol Garavito Bejarano con oficio sin consecutivo Orfeo con fecha Marzo 24 de 2023, informe con consecutivo 20233000031521 por parte de Jaime Alberto Ortiz Ospina, referente de Atención al Usuario en la sede HR Zipaquirá con correo electrónico de fecha Marzo 24 de 2023, oficio con consecutivo 2023402003201-1 de fecha Marzo 27 de 2023 con respuesta por parte de la Subdirectora de Desarrollo Humano, Dra. Martha Lucia González y de la Sede UF de Zipaquirá envía respuesta por correo electrónico en Marzo 28 de 2023 con información a septiembre de 2022, cuando en acta de apertura la solicitud realizada fue a corte marzo de 2023.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

A continuación se describen de manera general las respuestas relacionadas en cada uno de los oficios mencionados, a los temas solicitados en Acta Apertura de esta Auditoría de fecha Marzo 17 de 2023 a los responsables de Bogotá y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá:

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, verificando inventario de PQRSDf radicadas en el 2° semestre 2022 para determinar días que transcurren entre la radicación y la respuesta.
- Durante el año 2022 se da respuesta en términos de Ley a las manifestaciones radicadas.
- Se implementan acciones para monitorear y disminuir las cinco (5) primeras causas por PQRSDf a través del Plan Operativo Anual (POA) con meta anual de disminución progresiva del 2%.
- Se actualizó el Mapa de riesgos del Proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, 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.
- Permanentemente se realiza análisis al comportamiento de las PQRSDf en la sede HR de Zipaquirá.

3.2. Mejoras

- Emisión de respuestas a los peticionarios antes de 15 días.
- Se continúa socialización del Mapa de Riesgos del Proceso de Atención al Usuario, con capacitaciones de humanización, inducciones y reinducciones en Bogotá y la sede HR de Zipaquirá.
- Se fortaleció el uso de canales para recepción de PQRSDf en la sede HR de Zipaquirá, siendo los más utilizados Buzones, Página Web y correo Institucional, también se cambian 6 buzones de sugerencias.
- Se fortaleció uso del aplicativo Institucional Almera para trámite, asignación y cierre de PQRSDf en la sede HR de Zipaquirá.
- 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.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



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

3.3. Debilidades

- No se relacionaron debilidades en las respuestas entregadas por Bogotá y la sede HR de Zipaquirá.

3.4. Actividades desarrolladas en Implementación 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.
- **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, realizando actividades de socialización de los Derechos y Deberes a los usuarios sobre la racionalización de trámites que están priorizados por el Hospital en la página Web.



Los elementos de verificación en Bogotá son:

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

3.5. Estándares de Acreditación relacionados entre el proceso y el tema de esta Auditoría

Los siguientes son los estándares que afectan el servicio en la sede HR de Zipaquirá;

- Estándar 1, código AsDP1: La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el Plan de Dirección Estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente.
- Estándar 3, código AsDP1: La organización cuenta con un código de ética y un código del buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.
- Estándar 9, código AsAC1: La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúa las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.
- Estándar 12, código AsAC4: Cuando el usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención de un profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora.
- Estándar 15, código AsAC7: La organización garantiza la información al usuario sobre los

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



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

servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita con relación a la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.

- Estándar 16, código AsAC8: Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran en sus servicios.
- Estándar 48, código AsEVA2: La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.

4. 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 y Subdirección Defensoría del Usuario; procesos que tiene las funciones y responsabilidades de la Gestión de las PQRSDF. Se verificaron los Planes Únicos de Mejoramiento por Proceso – PUMP del Proceso ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD, en Bogotá, donde NO se evidenció publicación de Planes de Mejoramiento;

En la siguiente tabla se establece el seguimiento respectivo desde Octubre de 2022 hasta Marzo de 2023 a las recomendaciones realizadas hasta Septiembre de 2022, las cuales se van detallando, como también, se evidencia el estado de cada una de las recomendaciones:

RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	RECOMENDACIONES A MARZO DE 2023	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2023	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2023	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A MARZO DE 2023
<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.</p> <p>Dentro de este Manual se evidenció 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><i>Observación y/o Hallazgo del Informe de Auditoría anterior.</i></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 evidenció 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. <u><i>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</i></u></p>	<p>Se evidencia cambio al revisar el Manual Único de Información y Orientación para el Usuario y su Familia 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 Actualizado 2022 / Sede HR Zipaquirá (Página 78 a 79) y Sede UF Zipaquirá (Página 103 a 104).</p> <p>En el aplicativo Almera al documento identificado con código 01AUF03-V1 (Página 43 a 44). NO se incluye información en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES (PQRSDF)" de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p align="center"><u><i>SE MANTIENE LA RECOMENDACION.</i></u></p>	N/A	N/A	<p>Aun cuando existen diferentes medios de comunicación como; Charlas a informadoras y orientadoras del DAU, Páginas 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 el aplicativo Almera identificado con código 01AUF03-V1 en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES (PQRSDF)" aún 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 se sugiere actualizar, publicar, capacitar, socializar y realizar seguimiento al documento mencionado, 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
------------------------	---	--

RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	RECOMENDACIONES A MARZO DE 2023	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2023	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2023	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A MARZO DE 2023
<p>2</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 OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</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 2023. Para esta vigencia se encuentra actividad relacionada con el tema de esta Auditoría. <u>SE RETIRA LA RECOMENDACIÓN</u></p>	N/A	N/A	Mediante documento realizado por el aplicativo Orfeo con consecutivo 2022402013225-1, la Subdirección de Desarrollo Humano da respuesta donde manifiesta la inclusión en Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo, actividad que realiza el proceso de Talento Humano.
<p>3</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 OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></p>	<p>NO se evidencia cambio al revisar el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD, Mediciones; donde se revisaron veintinueve (29) indicadores que corresponden únicamente a Bogotá, aun NO se incluyen mediciones para las sedes que se encuentran ubicadas en el Municipio de Zipaquirá. Se sugiere que las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá gestionen la habilitación y/o creación de Indicadores de PQRSDF. <u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u></p>	N/A	N/A	Aun cuando existen indicadores de PQRSDF para Bogotá, las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá no cuentan con mediciones donde la administración pueda validar la gestión realizada con el tema de PQRSDF.
<p>4</p> <p>Una vez realizada revisión de los veintitrés (23) Indicadores de PQRSDF 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></p>	<p>Una vez realizada revisión al análisis registrado a los veintisiete (27) Indicadores de PQRSDF 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 OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></p>	<p>Realizada revisión del análisis registrado a los veintinueve (29) Indicadores de PQRSDF en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" se encontró veintidós (22) indicadores actualizado su análisis, cinco (5) indicadores sin análisis actualizado y dos (2) indicadores no registran análisis. 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></p>	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
------------------------	---	--

	RECOMENDACIONES A AGOSTO 31 DE 2021	RECOMENDACIONES A SEPTIEMBRE 30 DE 2022	RECOMENDACIONES A MARZO DE 2023	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2023	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2023	CONCLUSIONES DE CONTROL INTERNO A MARZO DE 2023
5	<p>Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSDF" 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 PQRSDF AL SISTEMA ORFEO "Todas las PQRSDF 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 PQRSDF.</p> <p>Se sugiere UNIFICAR en los procedimientos que "...el Registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSDF" 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 PQRSDF 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.</p>	<p>Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSDF" Artículo 2°, Artículo 9°, Artículo 22°, 23°, 29°, 31°, 32° y 35° es la Subdirección de Defensoría al Usuario quien debe gestionar las PQRSDF 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 PQRSDF, documentos que a la fecha de esta auditoria deben ser actualizados. Se sugiere en los procedimientos que "...el Registro, Control y Seguimiento de TODAS las PQRSDF" sea UNIFICADA su administración por un solo responsable de acuerdo a lo que dicta la Resolución Interna No.282 de 2021.</p> <p><u>SE MANTIENE LA OBSERVACIÓN Y/O HALLAZGO.</u></p>	<p>Según Resolución 282 de Junio 11 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSDF" Artículo 9° Parágrafo II y III, Título II, Capítulo 1°, Capítulo 2°, donde indica que es la Subdirección de Defensoría al Usuario quien debe gestionar las PQRSDF del hospital. Adicionalmente existen en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" un procedimiento identificado con Código 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018, el cual fue elaborado por la Subdirección de Desarrollo Humano, y que tiene como referencia en su Objetivo las PQRSDF.</p> <p>Presenta Plan de Mejora con ID 2578 con cinco (5) actividades con vencimiento Abril 28 de 2023 y las cuales no tienen avance.</p> <p>Se sugiere se realicen las actividades programadas para que sea actualizado el procedimiento 02TH05-V3.</p> <p><u>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN.</u></p>	N/A	N/A	<p>Según Resolución 282 de 2021 indica que la Subdirección de Defensoría al Usuario es quien debe gestionar las PQRSDF del hospital</p> <p>Se elimina el documento 03AF34-V2 y para el documento identificado con Código 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018 se registra Plan de Mejora con ID 2578 fechado diciembre 6 de 2022 donde tiene cinco acciones de mejoramiento propuestas para realizarse antes de Abril 28 de 2023.</p>
6	<p>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) PQRSDF del Cliente Interno que fueron remitidas por la Subdirección de Defensoría del Usuario, se pudo evidenciar que las respuestas a las PQRSDF 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 PQRSDF que corresponden al Cliente Interno, como tampoco la trazabilidad de cada una de las PQRSDF.</p>	<p>En cuanto al Cliente Interno la Gestión la realiza la Subdirección de Desarrollo Humano, se solicita información referente a PQRSDF mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2022110012064-1 fechado Noviembre 4 de 2022, NO se recibe respuesta.</p> <p>Se verifica las PQRSDF que corresponden al Cliente Interno accediendo al aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" como también la trazabilidad de cada una de las PQRSDF, encontrándose tres PQRSDF cerradas, dos por solicitud de empleo y una por solicitud explicación contrato Coltempora.</p> <p><u>SE MANTIENE LA OBSERVACION Y/O HALLAZGO</u></p>	<p>Se verifica las PQRSDF que corresponden al Cliente Interno accediendo al aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" como también la trazabilidad de cada una de las PQRSDF.</p> <p><u>SE RETIRA LA RECOMENDACIÓN</u></p>	N/A	N/A	<p>Mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2023402003201-1 fechado Marzo 27 de 2023, presenta respuesta al Acta de Apertura de Auditoría de Gestión de PQRSDF a Marzo de 2023, donde indica una serie de actividades realizadas y genera el Plan de Mejora identificado con ID 2578, donde se relaciona un plan de acción con cinco (5) actividades que vencen en Abril 28 de 2023</p>
7		<p>Se debe fortalecer la articulación de los Planes de Mejoramiento que se deriven de esta Auditoria con los Planes de Mejoramiento que se deriven de la acreditación de Bogotá y las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá.</p> <p><u>SE MANTIENE LA RECOMENDACION.</u></p>		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
-----------------	---	---------------------------------

5. 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 PQRSDF de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá.
- En cuanto a la Gestión de Voz Cliente Interno, realizada por la Subdirección de Desarrollo Humano, mediante oficio con consecutivo Orfeo No.2023402003201-1 fechado Marzo 27 de 2023, presenta respuesta al Acta de Apertura de Auditoría de Gestión de PQRSDF a Marzo de 2023, donde indica una serie de actividades realizadas y genera el Plan de Mejora identificado con ID 2578, donde se relaciona un plan de acción con cinco (5) actividades que vencen en 28 de 2023; procedimiento actualizado y modificado con código 02TH05-V4 en Febrero 24 de 2023, y que a la fecha de esta Auditoría no se ha publicado el procedimiento en el Aplicativo Institucional Almera.
- Mediante acta de apertura No.03 de Marzo 17 de 2023, se solicita que mediante escrito reporte de mejoras que haya tenido en el proceso auditado como las fortalezas y debilidades encontradas, relacione que actividades ha realizado en la implementación Mecé y que estándares de acreditación se encuentran relacionados con el tema de esta auditoría. Se recibe respuesta por parte de la Directora de Atención al Usuario en cargo – Keile Jessel Rondón Esquivel y la Subdirectora de Defensoría al Usuario – Marisol Garavito Bejarano con oficio sin consecutivo Orfeo con fecha Marzo 24 de 2023 e informe con consecutivo 20233000031521 por parte de Jaime Alberto Ortiz Ospina, referente de Atención al Usuario en la sede HR Zipaquirá con correo electrónico de fecha Marzo 24 de 2023 apertura y oficio con respuesta por parte de Martha Lucia González – Subdirectora de Desarrollo Humano con consecutivo 2023402003201-1 de fecha Marzo 27 de 2023.
La sede UF de Zipaquirá envía respuesta por correo electrónico en Marzo 28 de 2023 con información a septiembre de 2022, cuando en acta de apertura la solicitud realizada fue a Marzo de 2023.
- 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 ÚNICO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA que se encuentra publicado en la página Web del Hospital como también en el Aplicativo Almera se encuentra el documento identificado con código 01AUF03-V1, en la sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES (PQRSDF)" solo está publicado la información referente a Bogotá, las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá no se encontró información

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



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

de "COMO INTERPONER SUS PETICIONES (PQRSDF)" en el documento identificado con código 01AUF03-V1 que se encuentra en el Aplicativo Almera.

- Aun cuando existen indicadores de PQRSDF 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 PQRSDF, para que la administración pueda validar la gestión realizada con el tema de PQRSDF.
- La ejecución de actividades que se desarrollan para la Gestión de PQRSDF 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 PQRSDF del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Con oficio con consecutivo Orfeo 2023110002592-1 de fecha 14 de Marzo de 2023, se solicita a la Oficina Jurídica y Oficina de Control Interno Disciplinario informe los litigios en contra del hospital por causa de no dar respuesta o por inoportunidad de las respuestas de PQRSDF, como también informar los procesos que se han iniciado; dando respuesta la Oficina de Control Interno Disciplinario con oficio 2023140002979-1 manifestando que no se iniciado a la fecha algún proceso en contra de servidor público de la institución, mientras que la Oficina Asesora Jurídica con oficio sin consecutivo relaciona cuatro (4) tutelas por no dar respuesta o inoportunidad de respuesta a las PQRSDF.

6. RECOMENDACIONES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: No existen mediciones y/o Indicadores de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá relacionados con PQRSDF. En el Mapa por Procesos ATENCION AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD, Mediciones; se revisaron veintinueve (29) indicadores que corresponden a Bogotá, Se sugiere que las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá gestionen la habilitación y/o creación de los indicadores de PQRSDF. (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 para la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</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
2	<p>CONDICIÓN: Hay avance parcial en las Acciones de Mejoramiento sugeridas en el Plan de Mejora con ID 2578 el cual vence en Abril 28 de 2023, plan para actualizar el documento identificado con código 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018.</p> <p>De acuerdo a lo que dicta la Resolución Interna No.282 de 2021 "REGLAMENTO INTERNO DE PQRSDF" Artículo 2°, Artículo 9°, parágrafo II y III, Título II, Capítulo 2° indica que es la Subdirección de Defensoría al Usuario es quien debe gestionar las PQRSDF del hospital. Adicionalmente existía en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" el protocolo identificado con Código 03AF34-V2 de Mayo de 2017 el cual fue eliminado por solicitud del Líder de Proyecto de Farmacia.</p> <p>Se sugiere que las Acciones de Mejoramiento sugeridas descritas en el Plan de Mejora con ID 2578 se realicen para actualizar el documento mencionado anteriormente, Plan de Mejora que vence en Abril 28 de 2023. (Recomendación del Informe de Auditoria anterior).</p> <p>CRITERIO: Resolución 282 de junio de 2021 – Reglamento Interno de PQRSDF.</p> <p>CAUSA: Falta de actualización y aclaración el objetivo en el documento 02TH05-V3 aprobado en Diciembre de 2018.</p> <p>EFEECTO: Inefectividad en el avance en las Acciones de Mejoramiento sugeridas en el Plan de Mejora y aclaración del objetivo en el documento.</p>

Las siguientes recomendaciones del informe de Auditoría de la vigencia anterior **SE RETIRAN** del presente Informe de Auditoría, toda vez que en la revisión y seguimiento realizado desde Octubre de 2022 a Marzo de 2023, 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.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
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>EFEECTO: 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
------------------------	---	--

Mediante oficio con consecutivo Orfeo 2023402003201-1 de fecha Marzo 27 de 2023 en el cronograma de actividades PIC se encuentra capacitación relacionada con el tema de esta Auditoria, como también borrador de actualización del Plan Institucional de Capacitación con fecha de modificación Enero 15 de 2023. Se retira la recomendación.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
g	<p>CONDICIÓN: No se tiene acceso a PQRSDf del Cliente Interno en el Aplicativo ALMERA, aun cuando se solicitó información referente a PQRSDf 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 PQRSDf listada en el oficio.</p> <p>CRITERIO: Procedimiento PQRSDf 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 – PQRSDf Cliente Interno.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la articulación de permisos para acceder a consultar PQRSDf del Cliente Interno.</p>

Se verifica las PQRSDf que corresponden al Cliente Interno accediendo al aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" como también la trazabilidad de cada una de las PQRSDf. Se retira la recomendación.

Las siguientes recomendaciones del informe de Auditoría preliminar de la presente vigencia, SE RETIRAN, toda vez que en las respuestas aportadas por parte del responsable del proceso, allego soportes y/o evidencias a las recomendaciones las cuales fueron verificadas físicamente como en los aplicativos informáticos con que cuenta el Hospital.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: NO se incluyó la información de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá en el MANUAL ÚNICO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA, Sección "COMO INTERPONER SUS PETICIONES (PQRSDf)", en el documento identificado con código 01AUF03-V1 (Pág. 43 y 44) el cual se encuentra en el Aplicativo Almera. (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 ubicadas en el Municipio de Zipaquirá en el Manual Único de Información y Orientación para el Usuario y su Familia, publicado en el Aplicativo Almera.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad en la información registrada en el Aplicativo Institucional.</p>

Revisada la observación manifestada en oficio con consecutivo ORFEO 2023300003516-1 de fecha Abril 4 de 2023, se pudo evidenciar que se realizó la corrección y se encuentra publicada en el aplicativo Almera, razón por la cual **SE RETIRA** la recomendación de la presente vigencia.

**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
3	<p>CONDICIÓN: El Análisis de los indicadores está parcialmente desactualizado, se encontró en la revisión que registra veintinueve (29) Indicadores de PQRS en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", de estos se encontró los siguientes indicadores desactualizados en su análisis: ID 2297, ID 2303, ID 2312, ID 2313 e ID 2319 a Septiembre de 2022, los ID 2314 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>EFECTO: Inefectividad en la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSDF.</p>

Se revisa junto con la Dra. Marisol Garavito, Subdirectora de Defensoría del Usuario cada uno de los indicadores mencionados en la recomendación antes anotada, evidenciándose la actualización respectiva, **SE RETIRA** la recomendación.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
5	<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 PQRSDF 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>EFECTO: Inefectividad en la articulación de Planes de Mejora de PQRSDF con los de Acreditación.</p>

Frente a esta recomendación manifiesta la Dirección que se puede validar Plan de Mejora con ID2641 articulación entre Bogotá y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, evidenciándose con los soportes entregados y revisados en el sistema de información. **SE RETIRA** la recomendación.

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 JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario

Bogotá, D.C. Abril 26 de 2023

