



Bogotá, 26 de noviembre de 2020

Licenciada

NUBIA GUERRERO PRECIADO

Directora Atención al Usuario

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA

Directora Administrativa

JAIRO ENRIQUE CASTRO

Director Hospital Regional de Zipaquirá

ANA CAROLINA SERNA RUBIO

Coordinadora Unidad Funcional de Zipaquirá

ALFREDO TELLEZ ARIZA

Subdirector Operativo de Sistemas

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

Ref.: Informe Auditoria Gestión PQRSD – Vigencia 2020

Cordial Saludo.

Una vez agotadas todas las actividades del Procedimiento de Auditoria, se envía Informe de Auditoria PQRSD para que dentro de los cinco (5) días siguientes se elabore Plan de Mejoramiento. El cual deberá ser elaborado según lo establecido en el Procedimiento para tal fin.

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

P.D.: Adjunto 24 folios

Atentamente;

  
YETICA HERNANDEZ ARIZA  
Jefe Oficina Asesora Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



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

[www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

**SEGUIMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD – VIGENCIA 2020**

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

**OBJETIVO**

Efectuar seguimiento a las acciones de mejoramiento adoptadas para atender las recomendaciones dejadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD – Vigencia 2018, dicho seguimiento se realizara dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Enero 01 hasta Diciembre 31 de 2019 y vigencia 2020, aportando Contribución para la toma de decisiones de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, cuyo fin es dar cumplimiento a la obligatoriedad establecida por las normas.

**ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2020, se realiza la presente Auditoria desde la verificación de las Observaciones entregadas en la AUDITORIA INFORME DE GESTIÓN PQRSD – Vigencia 2018, hasta el seguimiento a las recomendaciones ejecutadas por los responsables de los procesos y procedimientos dentro de la vigencia anterior, es decir, desde Enero 01 hasta Diciembre 31 de 2019 y vigencia 2020.

**TECNICAS 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 2020, 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 Auditoria y Control.

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

## METODOLOGÍA

Con las recomendaciones generadas de las vigencias 2015, 2016, 2017 y 2018 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.

## 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 PQRSD.
- **Directriz No. 002 de 21 de julio de 2015.** – Respuesta de Derechos de Petición.

## PROCESO

Proceso "ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA" Identificado con Código 00AUF01-V3 y aprobado en Diciembre 04 de 2017 y publicado en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en Diciembre 06 de 2017, Proceso Misional, el cual cuenta con; 51 Formatos, 2 Matrices, un Programa, un Manual y 20 Procedimientos. Información que puede ser consultada en la Intranet del Hospital de la siguiente manera: Sistema de Gestión Integral "ALMERA" / Inicio / Lista / Mapa de Procesos / Atención al Usuario y su Familia / General / Documentación / Documentación Asociada.

El siguiente Procedimiento que será revisado dentro de la Auditoria es:

- 02AUF06 'RECEPCION, TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS'.

## PROCEDIMIENTOS

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

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

## RIESGOS

### Matriz Institucional de Riesgos 2020

La cual fue publicada en el mes de Agosto de 2020, para el proceso de la presente Auditoria, registra los siguientes Riesgos institucionales del Proceso de Atención al Usuario y su Familia, riesgos que se encuentran asociados al Procedimiento; Recepción Trámite y Respuesta de peticiones de Usuarios, Riesgos que tienen como objetivo general "Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental", que identifica los siguientes Riesgos; cuyas causas esta listadas en la tabla siguiente y que la evaluación del riesgo para los riesgos fue la siguiente:

1. RIESGO: Identificación inoportuna de las necesidades del Usuario, Inicialmente la evaluación del riesgo fue EXTREMA y posteriormente pasó a ALTA.
2. RIESGO: Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido), Inicialmente la evaluación del riesgo fue EXTREMA y posteriormente pasó a ALTA.

3. RIESGO: Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa, Inicialmente la evaluación del riesgo fue ALTA y posteriormente continuo en a ALTA.

OBJETIVO	RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPOLOGIA DE RIESGOS	Causas	DESCRIPCION DEL CONTROL	EVALUACIÓN DEL RIESGO
				(Internas o Externas)		ZONA DE RIESGOS
1.- Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Identificación inoportuna de las necesidades del Usuario	Estratégicos	Voz del Usuario	1.1. Competencias y Habilidades del R Humano 1.2. Deficit de R Humano 1.3. No escuchar al Paciente y su familia 2.1 No se cuente con Sistema de Información que facilite la identificación de necesidades 3.1. Dificultades en la comunicación con el equipo de salud y con el usuario 3.2 Barreras socioculturales y de idioma	Realizar Rondas y Visitas a pacientes hospitalizados. Tipo de Control: Preventivo. Periodicidad: Diariamente	EXTREMA A ALTA
	Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	Estratégicos	Voz del Usuario	1.1. Desconocimiento de la normatividad vigente 1.2 Desconocimiento de la No adherencia al procedimiento de Recepción tramites y respuesta a peticiones de usuarios. 1.3 No realizar el seguimiento diario a las PQRSD derivadas a los procesos o servicios 1.4 Resistencia al cambio 1.5 Descuido involuntario 1.6. Fallas al seguimiento diario de las PQRS	Descripción de los datos mínimos de la PQRSD en el sistema y/o libro de radicados Seguimiento a las fechas de vencimiento Seguimiento a los derivados recordando la emisión de la respuesta. Segundo requerimiento de respuesta de petición a derivados con copia a control interno. Planilla de asignación de consecutivos de respuestas donde se verifica la petición y direcciones de envío. Tipo de Control: Preventivo. Periodicidad: Cada vez que se decepcione una petición.	EXTREMA A ALTA
	Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	Estratégicos	Voz del Usuario	1.1. Resistencia al cambio 1.2 Falta de adherencia a la metodología institucional de planes de mejora PUM 1.3. No adherencia la metodología institucional 1.4. Desmotivación	Formulación de Acciones correctivas acorde a la metodología Institucional y su publicación en el PUMP del Proceso Involucrado Cómo. De acuerdo al procedimiento 02GC03 Formulación Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP. Tipo de control: Preventivo. Periodicidad: Cada vez que se presenten PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa	ALTA A ALTA

### Matriz de Riesgos de Corrupción

La cual fue publicada en el mes de Agosto de 2020, para el proceso de la presente Auditoria, registra los siguientes Riesgos institucionales del Proceso de Atención al Usuario y su Familia, riesgos que se encuentran asociados al Procedimiento; Recepción Trámite y Respuesta de

peticiones de Usuarios, Riesgos que tienen como objetivo general "Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental", que identifica el siguiente Riesgo; cuya causa esta listada en la tabla siguiente y que la evaluación del riesgo fue la siguiente:

1. RIESGO: Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley) Inicialmente la evaluación del riesgo fue EXTREMA y posteriormente pasó a ALTA.

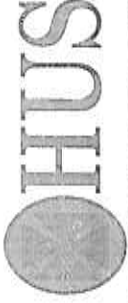
PROCESO	OBJETIVO	RIESGO	Causas	DESCRIPCION DEL CONTROL	EVALUACIÓN DEL RIESGO
			(Internas o Externas)		ZONA DE RIESGO (Inherente A aplicado el Control)
ATENCIÓN AL USUARIO	1.- Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.	Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)	1.1. Falta de concientización de la importancia de analizar y dar respuesta interna a la petición del usuario por parte de Subdirectores o Líderes de proceso 1.2. Desconocimiento del procedimiento de Recepción tramites y respuesta a peticiones de usuarios. 1.3. Falta de capacitación y entrenamiento 1.4. Descuido involuntario	Descripción de los datos mínimos de la PQRSD en el sistema y/o libro de radicados Seguimiento a las fechas de vencimiento Seguimiento a los derivados recordando la emisión de la respuesta. Segundo requerimiento de respuesta de petición derivados con copia a control Interno. Planilla de asignación de consecutivos de respuestas donde se verifica la petición y direcciones de envío.  <b>Tipo de control:</b> Preventivo. <b>Periodicidad:</b> Cada vez que se decepciona una petición	EXTREMA A ALTA

## SEGUIMIENTO

De conformidad con el programa de Auditoría, a continuación se realiza un seguimiento y el cotejo de los documentos soporte a las acciones de mejora establecidas por el responsable de la Dirección de Atención al Usuario, Dirección Administrativa, Subdirección Defensoría del Usuario, Subdirección de Sistemas, funcionarios quienes tiene las funciones y responsabilidades de las PQRSD.

Se verificaron los planes únicos de mejoramiento por proceso – PUMP de la DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, en donde se revisan las acciones de mejora correspondientes a la Auditoría.

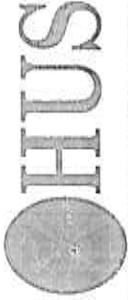
En la siguiente tabla se establece el seguimiento respectivo desde Enero 01 hasta Diciembre 31 de 2019 y primer semestre de 2020 a las recomendaciones realizadas en la vigencia 2018 y anteriores, las cuales se van detallando en la columna OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO, como también se evidencia el estado de cada una de las recomendaciones:



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO		
									SI	NO	
				De acuerdo a la búsqueda realizada en el aplicativo de Gestión Documental ORFEO, arroja 38 resultados de Respuesta a PQRSD durante el año 2019, no se evidencia mediante la búsqueda la totalidad de respuestas dadas, como tampoco las solicitudes de PQRSD durante la vigencia 2019 y 2020, haciendo la búsqueda dispendiosa por las múltiples variables que se utilizan. NO EXISTE TABULACIÓN ÚNICA PARA BUSQUEDA TOTAL. SE RECOMIENDA QUE EXISTA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN "ORFEO" UNA PESTAÑA DONDE SE CONSOLIDE TODAS LAS PQRSD, TAMTO LAS SOLICITUDES COMO LAS RESPUESTAS DADAS POR CADA UNO DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.	N/A	N/A	N/A		De acuerdo a la búsqueda realizada en el aplicativo de Gestión Documental ORFEO, arroja 38 resultados de Respuesta a PQRSD durante el año 2019, no se evidencia mediante la búsqueda la totalidad de respuestas dadas, como tampoco las solicitudes de PQRSD durante la vigencia 2019 y 2020, haciendo la búsqueda dispendiosa por las múltiples variables que se utilizan. SE RECOMIENDA QUE EXISTA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN "ORFEO" UNA PESTAÑA DONDE SE CONSOLIDE TODAS LAS PQRSD, TAMTO LAS SOLICITUDES COMO LAS RESPUESTAS DADAS POR CADA UNO DE LOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.	X	

1

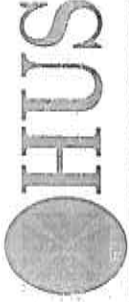


HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
Elaborar un registro codificado público organizado sobre los derechos de petición que nos sean formulados que haga parte del informe mensual emite la Dirección de atención al usuario, en el que como mínimo se contemple: tema o asunto que origina la petición o la consulta, fecha de su recepción o su radicación, el termino para resolverla dependencia responsable del asunto, fecha y numero de oficio de respuesta. Este registro debe ser publicado en la página web u otro medio que permita a la ciudadanía su consulta y seguimiento.	El aplicativo arroja una base de datos, resultado del consolidado de PQRS, sin embargo como se explica en el informe de la auditoria este registro debe ser ajustado, en la actualidad registro no es público.	Se informa por parte de la Sub Directora de Delensoría al Usuario que a partir de enero se publicará el registro codificado público organizado sobre los derechos de petición que nos sean formulados. Se mantiene la recomendación.		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. Se RECOMIENDA que la UF y Regional de Zipaquirá utilicen el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" para cumplir con el registro codificado público.	N/A	N/A	N/A	SE <u>MANTIENE</u> LA <u>RECOMENDACIÓN</u> El Registro Codificado se encuentra publicado en el sitio WEB del Hospital / Atención al Ciudadano / Informes PQRS / Registro Público de PQRS. De acuerdo a la revisión realizada a los informes registrados y la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No. 202030009813-1, se evidencia que poseen todos los datos mínimos recomendados, igualmente se evidencio información vigencia 2019 de Bogotá y Zipaquirá. Para el año 2020 la Unidad Funcional de Zipaquirá no ha publicado informes de PQRS desde el mes de marzo y el Hospital Regional de Zipaquirá no presenta informes en Enero y Febrero; aunque en los registros de Zipaquirá aporta numeración, estos NO corresponden al consecutivo Institucional. Se RECOMIENDA que la Unidad Funcional y el Regional de Zipaquirá utilicen el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" para cumplir con el registro codificado público.	X	

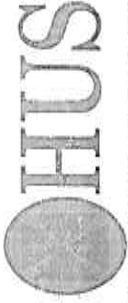




HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO		
									SI	NO	
<p>Con el fin de facilitar el control y seguimiento de los documentos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe asegurarse la existencia de un registro y número radicado único de las comunicaciones, que incluya las Unidades Funcionales, las comunicaciones internas, entre otras.</p>	<p>Con la utilización del aplicativo ORFEO se genera un radicado de ingreso, sin embargo se observa que algunas respuestas de las PQRSD no están amarradas al radicado de entrada. No hay evidencia de que las PQRSD de la Unidad funcional de Zipaquirá estén incluidas en el aplicativo ORFEO.</p>	<p>Se informa que las respuestas de las PQRSD de la Unidad funcional de Zipaquirá se emiten directamente en la unidad. (Estas respuestas no son revisadas por la delensoría del Usuario) Se mantiene la recomendación.</p>		<p>De acuerdo a lo revisado y la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No-202030003813-1, se evidencia que se encuentra un informe publicado en la web del hospital donde se encontró Número de radicado de respuesta con consecutivo de la aplicación ORFEO para Bogotá, NO existe un registro UNICO para PQRSD con un consecutivo institucional de las PQRSD para Zipaquirá.</p> <p>No ha sido incluida en el Plan Único de Mejora.</p> <p><b>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN</b></p>	N/A	N/A	N/A		<p><b>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN</b></p> <p>Pendiente de la elaboración del Plan de mejoramiento. Existe procesamiento con Código 02AUF06 cuyo objetivo es garantizar el trámite y respuesta oportuna a las PQRSD.</p> <p>Se evidencia un informe de control de PQRSD donde se relacionan las que se registran como las que se le da respuesta.</p> <p><b>Se RECOMIENDA que UF y Regional de Zipaquirá utilice el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" para cumplir con el registro codificado público. La Dirección de Atención al Usuario debe capacitar y realizar el respectivo seguimiento para que este procedimiento quede documentado.</b></p>	X	



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO		
								SI	NO	
<p>La E.S.E. debe informar sobre los medios de atención y comunicación con quienes cuenta la inclusión de Unidades funcionales, puestos y centros de salud de las Unidades Funcionales.</p>	<p>No hay evidencia de que se haya atendido esta recomendación</p>	<p>No hay evidencia de que se haya atendido esta recomendación.</p>		<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 evidencia MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN con que cuenta el Hospital al respecto de PORSD, en sus páginas 39 a la 43 solo para Bogotá.</p> <p>Se RECOMIENDA que se realice actualización y se publique un solo documento que contenga información sobre MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN incluyendo la información de ZIPAQUIRA.</p>	N/A	N/A	N/A	<p>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN</p> <p>De acuerdo con la respuesta entregada por la Dirección de Atención al Usuario mediante comunicado No. 202030009813-1, y lo revisado se encuentra pendiente la elaboración de un UNICO documento donde se incluya información relevante a Medios de Atención y Comunicación de Zipaquirá.</p> <p>Aun cuando existen diferentes medios de comunicación como, Charlas e informaciones y orientadoras del DAU, Páginas Digitales, pantallas y demás medios igualmente SE RECOMIENDA que se realice, se actualice y se publique un solo documento escrito que contenga toda la información sobre MEDIOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN incluyendo información referente a la Unidad Funcional y Regional de ZIPAQUIRA.</p> <p>La Dirección de Atención al Usuario deberá actualizar, capacitar, socializar y realizar seguimiento al documentado actualizado, tanto para Bogotá como para Zipaquirá.</p>	X	

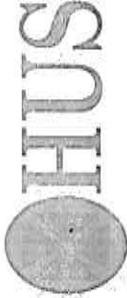


HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
<p>Teniendo en cuenta que toda actuación que inicie cualquier usuario / ciudadano ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo, es necesario realizar procesos de inducción y capacitación sobre la normalidad vigente en el tema de la referencia los servidores públicos de la entidad.</p>	<p>En el cronograma de capacitación de la vigencia 2016 y que contiene 153 actividades no se observa que se haya incluido y realizado capacitación sobre este tema.</p>	<p>Recomendación. Se solicita a la Sub-Directora Defensoría Usuario que gestione con desarrollo humano para que se incluya el tema dentro de las inducciones y re-inducciones. Se mantiene la recomendación.</p>		<p>En la página WEB del Hospital se encuentra la nula: 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 Cagua, San Cayetano y la Unidad Funcional de Zipaquirá, no se evidencia capacitación sobre la normalidad vigente del tema para Bogotá. Se recomienda gestionar con la Subdirección de Desarrollo Humano la actualización del Cronograma para inducción, Re inducción y capacitaciones, incluyendo a Bogotá.</p>	N/A	N/A	N/A	<p>SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN. No se evidencio en el Cronograma Ejecución Plan Institucional de Capacitación del año 2019 que este incluido para Bogotá, en lo que corresponde a las inducciones y Re-inducciones al personal que ingresa se encuentra incluida una presentación de las PORSD para Cagua, San Cayetano y la Unidad Funcional de Zipaquirá. Se RECOMIENDA gestionar con la Subdirección de Desarrollo Humano la actualización del Cronograma para inducción, Re-inducción y capacitaciones sobre la normalidad vigente del tema, incluyendo a la Unidad Funcional y Regional de Zipaquirá y a Bogotá.</p>	X	

5



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

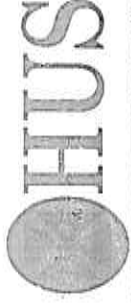
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
Fortalecimiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente.	No se cumple.	es resorte de la dirección administrativa lo de Orfeo	La E.S.E. Hospital Universitario deberá elaborar indicadores generales en los Centros y Puestos de Salud.	Se observa que existen en el PUMP 2019 actividades específicas de mejoramiento de indicadores, se puede evidenciar que de seis (6) actividades solo una (1) fue cumplida, las otras cinco (5) no se encontraron que fueran cumplidas.	Fortalecimiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente.	Realizar ajustes en el sistema de información del Proceso de Atención al Usuario y su familia en lo relacionado con la gestión de las PQRSD, que permitan la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la atención.	1. Realizar el análisis trimestral de los resultados de los indicadores ya parametrizados en el TUCI con base al histórico de los resultados anteriores del histórico (años 2017, 2018) y en adelante, para el mejoramiento de la atención al Paciente y/o Familia	Se realizó migración de datos al nuevo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se evidencia que la información está completamente migrada en los siguientes indicadores identificados con los códigos que se listan a continuación, se encuentra publicado el análisis del 1er. Semestre 2020: Código 69 - PORCENTAJE DE PQRSD CON RESPUESTA EN TERMINO DE LEY (15 DIAS HABILES). Código 1658 - PORCENTAJE DE SOLICITUDES DE RESPUESTA EN TERMINOS DE LEY (10 DIAS HABILES) Código 1659 - PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION Código 1693 - PORCENTAJE DE QUEJAS Y RECLAMOS QUE AFECTAN EL ATRIBUTO DE CALIDAD DE HUMANIZACION (AMABILIDAD) Código 1703 - NUMERO DE PQRSO (PETICIONES-QUEJAS- RECLAMOS- SUGERENCIAS- DENUNCIAS- FELICITACIONES- SOLICITUDES DE INFORMACION RADICADAS.  Se RECOMIENDA se actualice la actividad en el PUMP ya que TUCI no se está utilizando, en su reemplazo se encuentra en producción el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" en la cual debe quedar todos	SI	NO

6

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



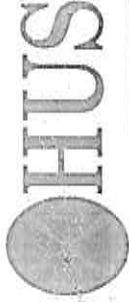
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
								los indicadores, tanto para Bogotá como para Zipaquirá.		

*Abraham*

*[Signature]*



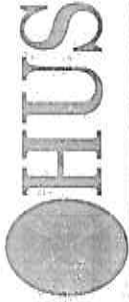
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
							2. Definir metlas los para indicadores faltantes.	No se evidencio en el PUMP 2019 publicado en la página WEB del Hospital como lanpoco en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". indicadores faltantes como lanpoco una definición de metlas. Se RECOMIENDA que se generen las mejoras a las actividades relacionadas al fortalecimiento de Indicadores de gestión y resultado de PQRSD y se actualicen las actividades en el PUMP.	X	
							3. Modificar o replantear nuevos Indicadores de PQRSD previo análisis, y/o pertinencia necesidad argumentada	No se evidencio en el PUMP modificación o replanteamiento de nuevos indicadores de PQRSD tanto en la página WEB del Hospital como en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". Se RECOMIENDA que se revisen los indicadores existentes y se modifiquen o replanteen previo análisis y/o necesidad argumentada y documentada.	X	
							4. Revisar y aprobar propuesta por el Líder del Proceso de Atención al Paciente y su Familia	No se evidencio en el PUMP propuesta realizada por el Líder del Proceso de Atención al Paciente y su Familia y por consiguiente revisión y aprobación de la propuesta. Se RECOMIENDA actualizar la actividad y quede documentada.	X	

*[Handwritten signature]*

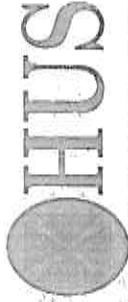
*[Handwritten signature]*



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA- PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
							5. Parametrizar los Indicadores en el TUCI	Se realizó migración de datos por lo cual se parametriza los indicadores en el nuevo Sistema de Gestión Integral "ALMERA" por lo cual no se realiza esta actividad de parametrización de indicadores en TUCI. Se RECOMIENDA actualizar la actividad y quede documentada.	X	
							6. Tomar acciones frente a las tendencias negativas de los indicadores definidos	No se evidenció acciones relativas a las tendencias negativas de los indicadores que se encuentran en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". Se RECOMIENDA documentar y publicar las acciones tomadas frente a las tendencias negativas en el PUMP.	X	



**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA**

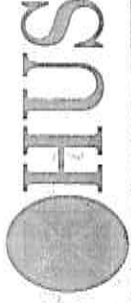
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
			<p>Se recomienda que se diligencie el espacio en el TUCI destinado para el análisis del resultado de los indicadores, y que se controle y monitoree que los demás procesos también incluyan el análisis.</p> <p>Se informa que se consolidan en el informe de gestión de la Dirección de atención al usuario. Se recomienda que se incluya en el TUCI los indicadores de PQRSD en la unidad funcional de Zipaquirá. Se mantendrá la recomendación</p>	<p>El Hospital realizó cambio aplicativo, del Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI) al Sistema de Gestión Integral "ALMERA" donde se observa que se registraron cada uno de los indicadores de PQRSD, como se puede evidenciar que se puede registrar el análisis respectivo.</p> <p>Se recomienda que los indicadores de PQRSD se analicen y publiquen tanto de Bogotá como de Zipaquirá, ya que el WEB del Hospital solo se evidencian indicadores de Bogotá.</p>	N/A	N/A	N/A	<p>La actividad de diligenciar el espacio en el TUCI destinado para el análisis del resultado de los indicadores, y que se controle y monitoree que los demás procesos también incluyan el análisis.</p> <p>Se recomienda que se realice actualización de la actividad descrita en el PUMP referente a los indicadores de PQRSD, puesto que describen que se incluya en TUCI, aplicativo que no se está utilizando. Adicionalmente SE RECOMIENDA publicar y analizar los indicadores de PQRSD tanto de Bogotá como de Zipaquirá.</p>	X	
			<p>Envío de listado de PQRSD a los líderes de los procesos, para que envíen los redactados de respuesta, de esta forma tener indicadores de resultado efectivos. Permanentemente Retroalimentación a todos los servidores públicos de la Servicio al Ciudadano, en el que se haga énfasis</p>	<p>Se verifica en la Página WEB del Hospital en la ruta: Inicio / Planeación, Gestión y Control / Informes / Informes de Gestión / Trimestrales / 4º Trimestre / Año 2019, el Informe de Gestión de la Dirección de Atención al Usuario a corte 4º Trimestre de 2019 se verifica que los listados de PQRSD sean entregados a los diferentes líderes para generar las respuestas, se evidencia que éstas son</p>	<p>No gestionar ni dar respuesta a todas las peticiones de los Usuarios en términos de ley</p>	<p>1. Resocializar al equipo de trabajo de la SOU el Procedimiento de Recepción, Trámite y respuesta en términos de ley, la Matriz de Riesgos Vigente del Proceso de Atención al Paciente y su familia y emitir respuesta a todas las peticiones en términos de ley.</p>	<p>Mediante Oficio No.2020110009791-1 se solicitó soporte de socialización de acuerdo a la actividad descrita, mediante comunicación No.2020300009847-1 octubre 19 de 2020. Envía los soportes correspondientes evidenciando la resocialización y matriz de riesgo.</p>	X		

7

8





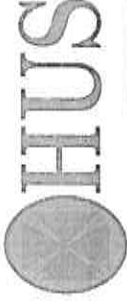
**HOSPITAL-UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN -VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
			en las PORSD.	entregadas (Pag. 293) y que responsabilizar el 94% de la PORSD dentro de los límites de Ley. Sin embargo no se evidencia que se encuentren las PORSD de Zipaquirá relacionadas en los informes. <b>RECOMIENDA</b> documentar la entrega de PORSD a los líderes de proceso para su respectivo trámite incluyendo Zipaquirá.			2. Documentar un nuevo control que permita el cumplimiento de las respuestas de las CR en términos de ley o mitigue el riesgo de su incumplimiento	Mediante Oficio No.2020110009791-1 se solicitó soporte de acuerdo a la actividad descrita, mediante comunicación No.2020300009847-1 octubre 19 de 2020 manifiesta ver Matriz de Riesgo 2020 (Riesgo Documentado) - Descripción del Riesgo: "Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los usuarios". Nuevo Control Documentado: "Plantilla de asignación de consecutivos de respuestas donde se verifica la petición y direcciones de envío".	X	
							3. Incluir nuevo control en el "Procedimiento de Recepción, Trámite y Respuesta de Petición de Usuarios"	Mediante Oficio No.2020110009791-1 se solicitó soporte de a la actividad descrita, mediante comunicación No.2020300009847-1 octubre 19 de 2020, manifiesta que el procedimiento fue actualizado y se puede consultar en el Sistema Integral de Gestión ALMERA, lo cual fue revisado que fue aprobado por el Gerente el 06 de Agosto de 2019.	X	
							4. Socializar el nuevo control al equipo de la SDU e Implementar nuevo control.	Mediante Oficio No.2020110009791-1 se solicitó soporte de a la actividad descrita, mediante comunicación No.2020300009847-1 octubre 19 de 2020, manifiesta que fue socializado a las colaboradoras de la Subdirección de Defensoría del Usuario "SDU".	X	

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
			El aplicativo de ORFEO debe parametrizarse para que arroje las estadísticas y los indicadores mínimos para análisis y estudio de las PQRS. (se mantiene la recomendación)	SE RECOMENDACIÓN ORFEO es un aplicativo para Gestión documental, por lo que no es parametrizable para que de estadísticas y análisis de indicadores. El Sistema de Gestión Integral "ALMERA" es el aplicativo que se diseñó para llevar estadísticas y análisis a los indicadores de PQRS.	N/A	N/A	N/A	SE RECOMENDACIÓN La parametrización para la estadística y análisis de indicadores de PQRS se realiza en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA". (VER NUMERAL 5° Y 6°). La Dirección de Atención al Usuario debe coordinar por mantener los indicadores y su análisis actualizados tanto de Bogotá como los de la Unidad Funcional y Hospital Regional de Zipaquirá		X

9



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

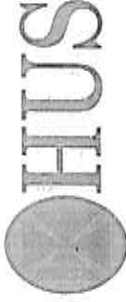
RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
								SI NO	
			<p>Se solicita que se habilite en el reporte una columna donde se observe si esta vencido el término de respuesta. También se solicita que control interno tenga acceso a al reporte de vencidos. Se informa que el reporte se puede observar por (DGH). Se mantiene la recomendación</p>	<p>En el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" no se puede establecer la trazabilidad de las respuestas de PQRSD del cliente interno como del cliente externo, dado que NO hay una definición clara de búsqueda, por cuanto se nombran de diferentes maneras las PQRSD (Quejas, Peticiones, reclamos, etc.), lo que hace muy dispendioso la consultación de la información. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA a pesar que la Dirección de Atención al Usuario entrego la ruta, no se tiene los permisos de consulta requeridos. SE RECOMIENDA solicitar al proveedor del Sistema de Gestión Documental ORFEO la creación de una pestaña o algo parecido para poder hacer seguimiento a la trazabilidad de cada respuesta dada de PQRSD recibidas. En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA asignar los permisos necesarios para consultar la información por parte de Control Interno. Documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores.</p>	N/A	N/A	N/A	<p>La Dirección de Atención al Usuario mediante correo electrónico enviado en Octubre de 2020, envía RUTA para acceder a consultar la trazabilidad de las PQRSD, donde se evidencia que la Oficina de Control Interno NO tiene acceso. SE RECOMIENDA solicitar al proveedor del Sistema de Gestión Documental ORFEO la creación de una pestaña o algo similar para poder hacer seguimiento a la trazabilidad de respuestas de PQRSD y donde se evidencie el cumplimiento de respuesta en términos de Ley.</p> <p>En cuanto al Sistema de Gestión Integral ALMERA asignar los permisos necesarios para consultar la información por parte de Control Interno. Documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores.</p>	X



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
	Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y Planeación del paciente para seguridad del paciente para que se haga seguimiento y frazabilidad a las PORSD que se reportan.		Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y Planeación del paciente para seguridad del paciente para que se haga seguimiento y frazabilidad a las PORSD que reportan novedades de seguridad del paciente; de igual manera se debe articular el trabajo para que las PORSD que derivan planes de mejora se incluyan acciones de mejora en el PUMP. Se mantiene la recomendación.	Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y seguridad del paciente para frazabilidad a las PORSD que reportan. Mediante Oficio No.2020300009813-1, Numeral 16, relaciona planes de mejora en el 2020. Al ser colejados en el Sistema Integral de Gestión ALMERA se encontró que los ID 1206 no se encuentra relacionado en la pestaña "Planes de Mejora" del proceso de Atención al Usuario y su Familia, pero cuando se utiliza el buscador, este aparece dentro del plan de mejora.	N/A	N/A	N/A	SE MANTIENE LA RECOMENDACIÓN Se evidencio en el Plan de Mejora de ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA, avances, sin embargo al ser colejados en el Sistema Integral de Gestión ALMERA se encontró que los ID 1206 no se encuentra relacionado en la pestaña "Planes de Mejora" del proceso de Atención al Usuario, pero cuando se utiliza el buscador, este aparece dentro del plan de mejora. SE RECOMIENDA revisar con el proveedor por qué no se visualiza dentro del Mapa de procesos - Atención al Usuario y su familia - Pestaña "Planes de Mejora" el mencionado plan de mejora.	X	



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	RECOMENDACIÓN DE LA VIGENCIA 2020	DESCRIPCIÓN HALLAZGO PUMP	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA - PUMP 2020	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO	SE REQUIERE PLAN DE MEJORAMIENTO	
									SI	NO
			Se debe fortalecer el monitoreo sobre los procesos a su cargo (Directora de Atención al Usuario) para ello se sugiere participar avalando las acciones de mejoramiento establecidas, con el fin de asegurar que los procesos a su cargo se comprometen con actividades viables realizables y que se apuntan al cumplimiento de los objetivos del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales, alineando esas actividades con los acuerdos de gestión y las funciones propias del cargo.	De acuerdo a los avances revisados en el PUMP de Atención AL USUARIO Y SU FAMILIA de la vigencia, se pudo evidenciar que durante el año las actividades específicas de mejoramiento fueron completadas al 100%	Se debe fortalecer el monitoreo sobre los procesos a su cargo (Directora de Atención al Usuario) para ello se sugiere participar avalando las acciones de mejoramiento establecidas, con el fin de asegurar que los procesos a su cargo se comprometen con actividades viables realizables y que se apuntan al cumplimiento de los objetivos del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales, alineando esas actividades con los acuerdos de gestión y las funciones propias del cargo.	9. Fortalecer la formulación técnica de los PUMP para lograr el cumplimiento de los objetivos del proceso, cumplimiento de los objetivos institucionales, dependencias de la Dirección de Atención al Usuario y a su vez la articulación con la DAU	1. Solicitar a los Líderes de Proceso, Subdirectores, Líderes de Proyecto o PUMP acciones correctivas que serán incluidas en los diferentes procesos (Urgencias, Ambulatorios, Atención al Usuario y Su Familia, Hospitalización, etc.).	Mediante Oficio No.2020110009791-1 se solicitó soporte de las actividades descritas, la Dirección de Atención al Usuario entregó respuestas mediante comunicado No.-2020300009813-1, en el cual manifiesta que solicito, reviso y ajusto según necesidades y fueron aprobadas las acciones correctivas por la Dirección de Atención al Usuario, enumera el ID de 8 planes de mejora que se encuentran publicados en el Mapa de Procesos y los cuales son revisados (447.- Pacas Atención paciente Hospitalizado, 1206-Dirección Atención al Usuario, 536.- Imágenes Diagnósticas, 836.- Dirección Atención al Usuario, 1092-Banco de sangre, 1171- Dirección Atención al Usuario, 1960-Dirección Atención al Usuario y 1962-Dirección Atención al Usuario), encontrando que el plan de mejora identificado con ID.1206 no se encuentra relacionado dentro de la Pestaña "Planes de Mejora". <b>SE RECOMIENDA</b> revisar con el proveedor por que no se visualiza dentro del Mapa de procesos - Atención al Usuario y su familia - Pestaña "Planes de Mejora" el mencionado plan de mejora.	X	X
							2. Revisar y analizar las propuestas presentadas.			X
							3. Realizar ajustes de manera objetiva y con sustentación técnica			X
							4. Avalar el PUMP o las acciones correctivas, preventivas o de mejora formuladas.			X

## REUNION DE CIERRE

El 23 de Octubre se remite mediante correo electrónico Pre-Informe para que la Directora de Atención al Usuario de sus observaciones y/o comentarios para que sean allegados antes del 6 de noviembre día que se programa reunión de cierre de la Auditoria.

Dentro del plazo dado para dar las respectivas observaciones y/o comentarios fue radicado el 5 de noviembre de 2020 Derecho de Petición interpuesto por la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario solicitando ampliación de tiempo para allegar observaciones y soportes de informe, al cual se dio respuesta por parte de la Dra. Yetica Hernández - Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno el mismo día.

Se aplaza reunión de cierre para desarrollarse presencialmente el 9 de noviembre en la Sala de Juntas de la Gerencia del Hospital.

El 10 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía correo electrónico solicitando se postergue la fecha de entrega de observaciones y/o comentarios para el 24 de noviembre de los corrientes, fecha en la cual se da respuesta por parte la Dra. Yetica Hernández - Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno ampliando el plazo hasta el 24 de Noviembre.

El 11 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía correo electrónico solicitando información y documentación descritas en el Derecho de Petición numeral 2.3.4 y 5.

El 12 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía Orfeo No.2020300010954-1

El 17 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía correo electrónico nuevamente solicitando información y documentación.

El 17 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía Orfeo No.2020300011038-1

El 18 de Noviembre la Dra. Yetica Hernández - Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno da respuesta informando que todos los papeles de trabajo producto de la auditoria están a su disposición en la Oficina de Control Interno para que pueden ser consultados. El mismo día la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía correo electrónico manifestando que no requiere los papeles de trabajo sino que se le dé información referente a la auditoria, a lo cual por el mismo medio la Dra. Yetica Hernández - Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno

reitera que ya se dio respuesta a la solicitud. Nuevamente la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario reitera solicitud documental.

El 19 de Noviembre la Licenciada Nubia Guerrero - Directora de Atención al Usuario envía correo electrónico solicitando copia del acta suscrita en reunión del 9 de Noviembre.

El 20 de Noviembre se da respuesta a la solicitud de copia del acta suscrita en reunión del 9 de Noviembre, se envía por correo electrónico.

## CONCLUSIONES

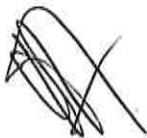
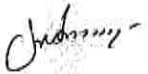
Se evidencia un cumplimiento parcial a las recomendaciones dadas en el informe de la vigencia 2018 e informes de años anteriores, seguimiento a tales recomendaciones que se realizó dentro del periodo de Enero 01 hasta Diciembre 31 de 2019 y primer semestre de 2020.

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 una de los responsables. Y principalmente en lo que respecta al tema de la Auditoria, es decir, a las PQRSD de Bogotá y de Zipaquirá.

En la revisión aleatoria que se realizó en la presente auditoria referente a solicitudes vs. Respuesta de PQRSD de Clientes Internos y Clientes externos, mediante comunicado No.2020110009690-1 de fecha Octubre 13 de los corrientes se solicitó allegar las respectivas respuestas de una muestra de 15 solicitudes, allegando a esta Auditoria únicamente respuestas de cinco (5) solicitudes, las demás no fueron allegadas.

## RECOMENDACIONES GENERALES

- Se mantienen las recomendaciones establecidas en los informes de PQRSD de la E.S.E. Hospital Universitario de las vigencias anteriores y las realizadas en la auditoria de la vigencia de 2020, las cuales quedan para su seguimiento y sus respectivos planes de mejora por parte del responsable del proceso.



- Nuevamente se recomienda que se realice reunión para que la DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, con base a las recomendaciones dejadas en esta Auditoría, coordine todo lo pertinente a PQRSD con el Director del Hospital Regional y la Coordinación de la Unidad Funcional del Municipio de Zipaquirá y adicionalmente con la Dirección Administrativa y la Subdirección de Sistemas.
- De acuerdo al seguimiento realizado por el Sistema de Gestión Documental "ORFEO" basados en los consecutivos institucionales que este aplicativo da a las solicitudes y respuestas de PQRSD ha sido muy dispendioso corroborar que toda PQRSD solicitadas por el cliente interno y por el cliente externo de Bogotá, de la Unidad Funcional y del Hospital Regional de Zipaquirá hayan sido respondidas en su totalidad por los responsables, es por eso que se recomienda en ORFEO se consolide todas las PQRSD y que estas puedan ser consultadas por periodos o cortes y por responsables de respuesta. En cuanto al Sistema de Gestión Integral "ALMERA" aun cuando fue entregada la ruta de acceso para consultar las PQRSD, esta oficina no cuenta con los permisos correspondientes para consultar la información necesaria para desarrollar la Auditoría al proceso de PQRSD. Documentar las solicitudes de consulta y respuesta dada por los proveedores.
- El Plan de Acción y seguimiento a la Política de Participación Social en el eje estratégico "Control Social en salud" existe la actividad de: Socializar la percepción del usuario obtenida a través de los resultados de la aplicación de encuestas, revisada la página Web no se pudo evidenciar la socialización en la página Web del hospital, por lo cual se recomienda que se actualice la información.
- Se verifico que el Hospital realizó cambio de aplicativo respecto a seguimiento de Indicadores de PQRSD, paso 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, donde se pudo evidenciar que se registra el análisis respectivo.
- Revisado el Informe Detallado de la Auditoría ITA para el Segundo Semestre de 2019 realizado por la Procuraduría General de la Nación realizada en agosto 30 de 2020, en el numeral 10.9 "*Mecanismos para presentar quejas y reclamos en relación con omisiones o acciones del sujeto obligado*" menciona en RESPUESTA AUDITORIA: No y en OBSERVACIONES AUDITORIA: No se puede acceder al sitio de consulta. Se recomienda lo socializado en Orfeo No.2020110009738-1 fechado en octubre 13 de 2020.

El presente informe 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, Noviembre 24 de 2020