



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2019110015843-1



05GIS15 – V4 Página 1 de 1

Bogotá, 20 de diciembre de 2019

Doctores

NUBIA GUERRERO P. ✓

Directora Atención al Usuario

RICAURTE OSORIO O. ✓

Dir. Administrativo

ALFREDO TELLEZ A. ✓

Subdirector Sistemas

MARTHA GONZALEZ ✓

Subdirectora de Defensoría del Usuario

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E. S. D.

Ref.: Seguimiento informe de Gestión PQRSD Vigencia 2018.

Respetados funcionarios.

Adjunto el seguimiento a la Auditoria del Informe de Gestión PQRSD Vigencia 2018, elaborado en la vigencia 2019 con el fin de dar cumplimiento a lo establecido por la normatividad y al Plan de Auditorias de la Oficina de Control Interno de la presente vigencia. Con el fin de que realice las correspondientes observaciones antes del día viernes 27 de diciembre; o de lo contrario se elabore el Plan de Mejoramiento y se tomen las acciones pertinentes.

Atentamente,


YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. JAVIER FERNANDO MANCERA G. - Gerente ✓



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

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"

SEGUIMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD – VIGENCIA 2018

Con este informe se da cumplimiento a la normatividad vigente Artículo 12 de la Ley 87 de 1.993 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

Realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento adoptadas para atender las recomendaciones dejadas en la auditoría AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD – VIGENCIA 2018 realizada en diciembre del 2018 y la Contribución para la toma de decisiones de la E.S.E. , con el fin de 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 2019, realiza desde la verificación de las observaciones entregadas al informe de Auditoria de la vigencia 2018 hasta el seguimiento a las recomendaciones, ejecutadas por los responsables de la Auditoria de la vigencia anterior.

TECNICAS DE AUDITORIA

Los métodos y pruebas de Auditoria utilizados por la Oficina 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 de Control Interno, están contenidas documentalmente en el Plan Anual de Auditorias vigencia 2019, firmado por el representante legal y la jefe de la Oficina 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:

METODOLOGÍA

Con las recomendaciones generadas de las vigencias 2015, 2016, 2017 y 2018 se realiza el seguimiento de una a una de ellas y se establece en la columna observaciones seguimiento Control Interno lo pertinente al presente informe.

1. 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** artículo 23.
- **Ley 1437 de 2011.** Código Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo Título I. Título II Capítulo I, II y III
- **Decreto 1151 de 2008** – Establece los lineamientos generales de la estrategia de gobierno en Línea de la Republica de Colombia.
- **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.
- **Ley 1474 de 2011** Artículo 7 numeral cuarto y artículo 73 y 76.
- **Corte Constitucional Sentencia T – 171 de 2010, T – 523 de 2010.**
- **Circular 001 de 2011** Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.
- **Ley 190 de 1995** artículo 55
- **Ley 1712 de 2014,**
- **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.
- **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".
- **Directriz No. 002 de 21 de julio de 2015.**
- **Ley 1757 de 2015** "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática"

PROCESO Y PROCEDIMIENTO

El proceso CARACTERIZACION DE ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA dentro de la descripción de actividades establece: los procedimientos:

- 02 AUF06 'Recepción trámite y respuesta de peticiones de usuarios'.
- 02 AUF12 'Recepción, trámite y respuestas a observaciones del cliente interno generadas dentro de la prestación del servicio al usuario'.

Con 02AUF12 se encuentra también las 'Pautas para la familia del paciente hospitalizado o en urgencias durante la visita'.

PROCEDIMIENTOS

Se encuentran publicados en la intranet – pirámide de gestión documental:

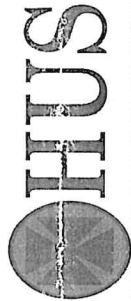
- ✓ LA RECEPCIÓN TRÁMITE Y RESPUESTA DE PETICIONES DE USUARIOS código de documento 02AUF06-V4 aprobado el 06/08/2019, publicado en la intranet el 15/08/2019 y que tiene por objeto: *'garantizar que se tramite y se ofrezca respuesta oportuna a las PQRSDF que sean competencia de la E.S.E. Hospitales Universitarios de la Samaritana, formulados por los usuarios y familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad'*.
- ✓ En la caracterización del proceso se encuentra enunciado procedimiento el 02 AUF12 'RECEPCIÓN, TRÁMITE Y RESPUESTA A OBSERVACIONES DEL CLIENTE INTERNO GENERADAS DENTRO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO AL USUARIO'; sin embargo no se evidencia publicado el procedimiento en la pirámide de gestión documental.
Tampoco se evidencia protocolo, guía y/o procedimiento técnico del mismo.

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 los responsables, Dirección atención al usuario, Dirección Administrativa, Subdirección Defensoría del Usuario, subdirección de sistemas quienes tiene las funciones y responsabilidades de las PQRSDF.

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

En la tabla a continuación se establece el seguimiento en la columna OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO y 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	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Elaborar un registro codificado público organizado sobre los derechos de petición que nos sean formulados que haga parte del informe mensual sobre PQRS que 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 término para resolverla, dependencia responsable del asunto, fecha y número 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, del resultado del consolidado de PQRS, sin embargo como se explica en el informe de la auditoría este registro debe ser ajustado, en la actualidad el registro no es público.	Se informa por parte de la Sub Directora de Defensoría 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 público se encuentra publicado en el sitio WEB / atención al usuario /registro público de PQRS. Con la información de BOGOTÁ.



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Con el fin de facilitar el control y seguimiento de los documentos la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe asegurar la existencia de un registro y número radicado único de las comunicaciones, que incluya las Unidades Funcionales, las comunicaciones internas, entre otras.	Con la utilización del aplicativo ORFEO se genera un radicado de ingreso, sin embargo se observa que algunas respuestas de las PQRS no están amarradas al radicado de entrada. No hay evidencia de que las PQRS de la Unidad funcional de Zipaquirá estén incluidas en el aplicativo ORFEO.	Se informa que las respuestas de las PQRS de la unidad funcional de Zipaquirá se emiten directamente en la unidad. (Estas respuestas no son revisadas por la defensoría del Usuario) Se mantiene la recomendación.				Se mantiene la recomendación y pendiente de la elaboración del Plan de mejoramiento
La E.S.E. debe informar sobre los medios de atención y comunicación con que cuenta la incluyendo Unidades funcionales, puestos y centros de salud de las Unidades Funcionales.	No hay evidencia de que se haya atendido esta recomendación	No hay evidencia de que se haya atendido esta recomendación.				Se mantiene la recomendación y pendiente de la elaboración del Plan de mejoramiento

cent



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
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, reintroducción y capacitación sobre la normatividad vigente en el tema de la referencia los servidores públicos de la entidad.	En el cronograma del Plan de capacitación de la vigencia 2016 y que contiene 153 actividades no se observa que se haya incluido y realizado capacitación sobre este tema.	Recomendación. Se solicita a la Sub Directora de defensoría del usuario que gestione con desarrollo humano para que se incluya el tema dentro de las inducciones y reintroducciones. Se mantiene la recomendación.				Para Bogotá, dentro de las inducciones y reintroducciones al personal que ingresa se encuentra incluida una presentación de las PQRSDF. Se mantiene la recomendación para la unidad funcional Zipaquirá.

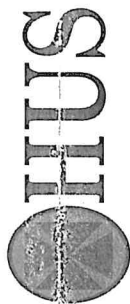
ANEX



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

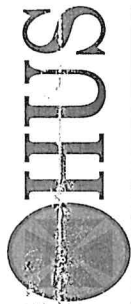
RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Reforzamiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin de que su análisis genere mejora permanente.	No se cumple.			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	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	En el aplicativo TUCI toda la información de PQRSD Bogotá se encuentra cargada conforme el aplicativo lo establece. Se encuentra en transición todo lo correspondiente a PQRSD BOGOTÁ, al nuevo aplicativo ALMERA. El ingeniero de sistemas informa: 'la línea de los requerimientos la debe dar el dueño del proceso. Pese a que sistemas tiene conocimiento del tema, son los responsables quienes debe indicar los indicadores a realizar'. Se deben manejar los conductos regulares
					2. Definir metas para los indicadores faltantes.	Se mantiene la actividad
					3. Modificar o replantear nuevos Indicadores de PQRSD previo análisis, pertinencia y/o necesidad argumentada	Se mantiene la actividad



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
					4. Revisar y aprobar propuesta por el Líder del Proceso de Atención al Paciente y su Familia	Se mantiene la actividad
					5. Parametrizar los Indicadores en el TUCI	Se mantiene la actividad
					6. Tomar acciones frente a las tendencias negativas de los indicadores definidos	Se mantiene la actividad
			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.	mejoramiento continuo de la atención		En el aplicativo TUCI toda la información de PQRSB Bogotá se encuentra cargada conforme el aplicativo lo establece. Se encuentra en transición todo lo correspondiente a PQRSDF- BOGOTÁ, al nuevo aplicativo ALMERA. El ingeniero de sistemas informa: 'la línea de los requerimientos la debe dar el dueño del proceso. Pese a que sistemas tiene conocimiento del tema, son los responsables quienes debe indicar los indicadores a realizar'. Se deben manejar los conductos regulares

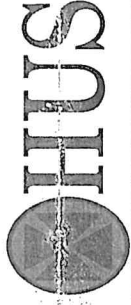


**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
			Envío de listado de PQRSD a los líderes de los procesos, para que envíen los radicados de respuesta, de esta forma tener indicadores de resultado efectivos. Permanente Retroalimentación a todos los servidores públicos de la obligatoriedad de un Servicio al Ciudadano, en el que se haga énfasis en las PQRSD.			Trimestralmente se envían a todos los líderes de procesos por medio de correo electrónico los indicadores en archivo Excel y la base de datos con toda la información de las PQRSD
			La E.S.E. Hospital Universitario deberá elaborar indicadores generales en los que se incluya las Unidades Funcionales, Centros y Puestos de Salud.			La subdirección defensoría del usuario no tiene a cargo la UFZ, quien da los lineamientos es la Dirección e atención al usuario. Los indicadores de PQRSD Bogotá se continúan elaborando.

2020



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

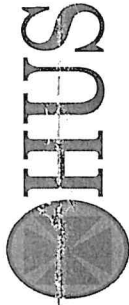
RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
			(Se informa que se consolidan en el informe de gestión de la Dirección de atención al usuario. Se recomienda que se incluya en el TUCI los indicadores de PQRS en la unidad funcional de Zipaquirá). Se mantiene la recomendación			La subdirección defensoría del usuario no tiene a cargo la UFZ, quien da los lineamientos es la Dirección e atención al usuario. Los indicadores de PQRSD Bogotá se continúan elaborando.
			El aplicativo de ORFEO debe parametrizarse para que arroje las estadísticas y los indicadores mínimos para análisis y estudio de las PQRS.			El aplicativo ALMERA arroja las estadísticas para cliente interno y cliente externo el Usuario y su Familia. Una vez en ejecución el aplicativo se realizará la verificación.



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
			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).			El aplicativo ALMERA arroja las estadísticas para cliente interno y cliente externo el Usuario y su Familia. Una vez en ejecución el aplicativo se realizará la verificación.
			Se recomienda que se emplee a articular con la Oficina de Planeación y seguridad del paciente para que se haga seguimiento y trazabilidad a las PQRS que reportan novedades de seguridad del paciente; de igual manera se debe articular el trabajo para que las PQRS que deriven planes de mejora se incluyan las acciones	NA	NA	Se han realizado avances parciales. De manera permanente se envían los informes a seguridad del paciente y trimestralmente se envía un informe clasificando los tipos de novedad.



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2015	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2016	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2017	RECOMENDACIÓN VIGENCIA 2018	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
			de mejora en el PUMP. Se mantiene la recomendación.			
			Se debe fortalecer el monitoreo sobre los procesos a su cargo PUMP de los (Directora de Atención al Usuario) para ello se sugiere participar avalando las acciones de mejoramiento establecidas, con el fin de asegurar que los líderes de los procesos a su cargo se comprometen con actividades viables realizables y que le apunten 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, de las dependencias de la Dirección de Atención al Usuario y a su vez la articulación con la DAU	1. Solicitar a los Líderes de Proceso, o Subdirectores, Líderes de Proyecto la propuesta de PUMP o de acciones correctivas que serán incluidas en diferentes procesos (Urgencias, Ambulatorios, Proceso de Atención al Usuario y Su Familia, Hospitalización, etc.). 2. Revisar y analizar las propuestas presentadas. 3. Realizar ajustes de manera objetiva y con sustentación técnica 4. Avalar el PUMP o las acciones correctivas, preventivas o de mejora formuladas..	Se mantiene la actividad

Net

CONCLUSIONES

Se evidencia el cumplimiento parcial de las recomendaciones de los informes de las vigencias anteriores.

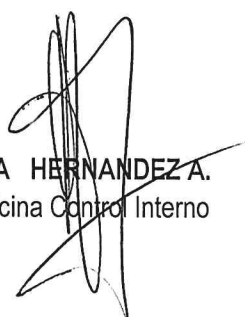
Si bien es cierto debe haber integralidad con todos los procesos de la E.S.E., lo que se observa es el trabajo limitado e individual por cada una de los responsables. Y principalmente en referencia a las PQRSD de Bogotá y la Unidad Funcional Zipaquirá.

RECOMENDACIONES

- Se mantienen las recomendaciones establecidas en los informes de PQRSD de la E.S.E. Hospital Universitario de las vigencias anteriores.
- se debe realizar reunión para articular la dirección de ATENCIÓN AL USUARIO con la DIRECCION ADMINISTRATIVA, las subdirecciones de DEFENSORIA DEL USUARIO SISTEMAS DE INFORMACIÓN y el DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL para coordinar todo lo pertinente a PQRSD.
- El plan de participación ciudadana debe articularse en lo pertinente con las PQRSD.

Una vez en ejecución el aplicativo ALMERA se realizará la verificación de lo dispuesto con respecto a indicadores de PQRSD.

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 y la Intranet, si bien es cierto la información es de responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no es de carácter individual ni personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados y los planes de mejoramiento a que dé lugar son de carácter institucional.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, diciembre 20 de 2019