

Fecha de elaboración: **03/10/2023**

Auditoría Interna No. **3**

**LIDER DE ROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO**

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO- SIAU – DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA

**1. OBJETIVO**

Evaluar y determinar el grado de cumplimiento del Subproceso de SIAU con los requisitos legales y reglamentarios, estableciendo su eficacia, eficiencia y efectividad frente al objeto del proceso.

**2. ALCANCE**

Aplica a todo el subproceso de Servicio de Información y atención al ciudadano.

**3. CRITERIOS**

Constitución política de Colombia del 1991 Artículo 2, 23, 74, 123, 209 y 270.  
 Ley 1755 de 2015 por medio de cual se regula el Derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento y de lo contencioso administrativo.  
 Ley 1437 de 2011 por el cual se expide el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.  
 Ley 1581 de 2012 por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.  
 Ley 1474 de 2011 por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.  
 Ley 1712 de 2014 por medio del cual se crea la Ley de transparencia y del Derecho de acceso a la información pública Nacional y se dictan otras disposiciones.  
 Ley 1952 por medio del cual se expide el código general disciplinario y se deroga la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011 relacionadas con derecho disciplinario  
 Ley 190 de 1995 por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.  
 CONPES 3649 de 2010 por el cual se establece la política nacional de Servicio Ciudadano.  
 Decreto 019 de 2012

**4. EQUIPO AUDITOR**

Yenny Carolina Suárez	Líder de Auditoría / Asesora Control Interno
Geraldine Real Lozano	Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	14	Mes	09	Año	2023	Desde	14/09/23 D / M / A	Hasta	21/09/23 D / M / A	Día	03	Mes	10	Año	2023

**5. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)**

En el presente informe se presentan los resultados de la Auditoría del SubProceso de Servicio de Información y Atención al ciudadano realizada en el marco del Plan de Auditoría Interna de Control interno.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría, el proceso de auditoría se inició con la carta de compromiso, de representación y reunión de apertura de la auditoría.

## Metodología

1. Entendimiento y recorrido de:
  - a) Proceso y flujo de información
  - b) Áreas involucradas en el proceso
  - c) Actividades de control a nivel entidad
2. Identificación, valoración de riesgos y controles clave del proceso.
3. Planeación y ejecución de pruebas a controles (diseño, efectividad, detalle).
4. Identificación de posibles brechas de control y oportunidades de mejoramiento.
5. Discusión y validación del informe con el del líder del proceso y definición de planes de acción estructurales para su mejoramiento.

Cada etapa de auditoría (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, evaluación y prueba de controles) será desarrollada mediante:

1. Lectura de la documentación vigente del proceso;
2. Entrevistas con el líder del proceso y el personal involucrado en el mismo;
3. Inspección de documentos relacionados con la ejecución del proceso;  
Caracterización  
Matriz de requisitos legales  
Matriz de riesgos  
Formatos y manuales  
Informes normativos
4. Comité de Ética hospitalaria
5. Política MIPG Participación ciudadana en la gestión pública
6. Política MIPG Racionalización de tramites
7. Política MIPG Servicio al ciudadano
8. Política MIPG Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
9. Página WEB
10. Manejo, informes y tratamiento a PQRSDF
11. Registro y gestión demanda insatisfecha
12. Asignación de citas incluyendo contingencia
13. Procedimiento de solicitud historia clínica
14. Procedimiento encuesta de satisfacción
15. Procedimiento apertura de Buzón
16. Recorrido a los puntos de Información de la ESE
17. Registro tramites SUIT

## Cronograma

Las fechas estimadas para el desarrollo de este trabajo son las siguientes:

<b>Actividad</b>	<b>Fecha inicio</b>
Reunión de Inicio de la Auditoria	14 de septiembre del 2023 8:00am
Planeación	14 de septiembre del 2023 8:0am
Ejecución (cotejar los registros y/o controles que amparan las diversas actuaciones de los subprocesos)	14 – 21 de septiembre del 2023
Socialización informe preliminar	01 de octubre del 2023
Emisión de Informe Final	03 de octubre del 2023
Entrega de Plan de Mejoramiento	05 de octubre del 2023
Seguimiento Plan de Mejoramiento	05 de noviembre del 2023

Se realiza ajuste al cronograma por el desarrollo actividades institucionales a partir de la actividad de socialización del informe preliminar:

<b>Actividad</b>	<b>Fecha inicio</b>
Socialización informe preliminar	17 de octubre de 2023
Emisión de Informe Final	19 de octubre de 2023
Entrega de Plan de Mejoramiento	23 de octubre de 2023
Seguimiento Plan de Mejoramiento	5 de Noviembre de 2023

Metodología de determinación de la muestra para verificación de expediente de contratos se realizó por de muestreo aleatorio simple, adoptado por la CGR entregado en la caja de herramientas por función pública.

**Contenido**

1. GESTIÓN POR PROCESOS.....	5
1.1 Subproceso de Servicio de información y atención al ciudadano .....	5
2. PERSONAL ASIGNADO AL SUBPROCESO SIAU.....	5
3. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN ANEXO 1.....	9
3.1 ASPECTOS GENERALES .....	9
3.2. POLITICAS MIPG .....	10
3.3. PAGINA WEB.....	10
4. TRAMITES .....	11
4.1 PQRSDF .....	11
4.2 ASIGNACIÓN DE CITAS .....	11
4.3 SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS.....	11
4.4 PROCEDIMIENTO APERTURA DE BUZON.....	12
4.5 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .....	12
4.6 REGISTRO DE TRAMITES SUIT .....	12
4.7 PUNTOS DE INFORMACIÓN .....	12
5. COMITES .....	13

## **1. GESTIÓN POR PROCESOS**

-  
El Sub proceso SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO- SIAU se realiza verificación de:

### **1.1 Subproceso de Servicio de información y atención al ciudadano**

**Objetivo:** Sin definir

**Caracterización:**

- No se evidenció.

**Identificación de Riesgos**

- No se evidenció.

Se considera necesario para la institución y es un requisito normativo la identificación, análisis y valoración del Riesgo, al no identificarlos difícilmente podría controlarlos.

**Plan de acción**

- Se evidenció plan de acción vigencia 2023, sin seguimientos o avances.

**Planes de mejora**

- No se evidenció

**Indicadores**

- Se evidenció en el tablero de indicadores gerencial

## **2. PERSONAL ASIGNADO AL SUBPROCESO SIAU** **Personal**

CEDULA	NOMBRES COMPLETOS	CARGO
1007191175	DALLY ALEJANDRA ROCHA FLÓREZ	AUXILIAR ADM.
37710502	BLANCA FLOREZ MORA	CONSERJE
68306978	MARDOLIZ ALISANDRA EULEJELO EULEJELO	AUXILIAR ADM.
68249663	FRANCELINA MEJÍA GODOY	TERAPEUTA RESPIR.
40505416	ZULAY HERREÑO NOVA	AUXILIAR ADM.
40514443	DORIS GARCÍA GUTIÉRREZ	AUXILIAR ADM.
68247305	SONIA RODRIGUEZ	CONSERJE
63558406	DIANA CAROLINA ZAPATA	TEC. ADMINISTRAT
68248997	ELIZABETH CASTRO OSORIO	CONSERJE
68245989	NUBIA GORDILLO	CONSERJE
37752104	YORLEY ACEVEDO RODRIGUEZ	CONSERJE

## Funciones

### AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Actividades asignadas y específicas.

- ✚ Atender de manera oportuna requerimientos efectuados por usuarios en ventanilla servicio de información y atención al usuario.
- ✚ Atender oportunamente línea telefónica 8821112 y línea interna 125 y 172.
- ✚ Revisar correos institucionales propios del proceso SIAU, de esta manera dar respuestas oportunas e informar.
- ✚ Orientar al usuario en el proceso de facturación, asignación de citas, entrega de historia clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes y diagnósticas, admisiones y toda información que el usuario requiera con los servicios que presta la institución cumpliendo con los procedimientos establecidos y utilizando los diferentes medios de información.
- ✚ Diligenciar demanda insatisfecha en dinámica, así como su seguimiento.
- ✚ Asignar citas a través de la ventanilla presencial, atención telefónica Call center 6078859868, correos electrónicos de EPS, en los horarios establecidos para tal fin.
- ✚ Descargue y registro de patologías, laboratorios especializados, igualmente llamar a usuarios y hacer seguimiento de entrega resultados alterados.
- ✚ Suministro de información a usuarios sobre demoras en la atención por parte de Médicos tratantes. Educar a los usuarios sobre los deberes y derechos.
- ✚ Educar y reseccionar PQRSDf de usuarios externos.
- ✚ Realizar encuestas de satisfacción y encuestas de barreras al usuario por medio de línea celular o de forma personal.
- ✚ Gestionar entrega de historias clínicas de acuerdo al cumplimiento establecido en procedimiento institucional.
- ✚ Velar por el buen funcionamiento de los equipos a su cargo.
- ✚ Guardar la debida reserva y Confidencialidad de la información.

- ✚ Practicar y promover las buenas relaciones interpersonales entre los funcionarios del Departamento a fin de garantizar una labor armónica en equipo.
- ✚ Acordar con el superior inmediato el plan de trabajo a su cargo y responder por su cumplimiento. Desempeñar las demás actividades asignadas por el jefe inmediato, las que reciba por delegación y aquellas inherentes a las que desarrolla el sistema de información y atención al usuario

### TÉCNICO ADMINISTRATIVO

#### Actividades asignadas y específicas.

- ✚ Velar por el bienestar de los usuarios y su familia mediante la orientación educación y optimización de los recursos intrahospitalarios para su atención e información.
- ✚ Establecer estrategias de comunicación e información para la divulgación de los deberes y derechos de los usuarios.
- ✚ Intervención en las redes de apoyo sociales y comunitarias, creando y reforzando canales de comunicación y coordinación.
- ✚ Socializar los documentos prioritarios del servicio de atención al usuario publicados en la carpeta calidad.
- ✚ Realizar apertura de buzones de sugerencias con la frecuencia establecida por la ESE.
- ✚ Orientar y coordinar al personal del servicio de atención al usuario frente a la necesidad del servicio y cumplimiento de sus obligaciones contractuales.
- ✚ Realizar informe semestral de satisfacción global e informe de PQRS. Socializar a los líderes de proceso y usuarios.
- ✚ Articular y apoyar el área de trabajo social frente a las necesidades de atención del usuario y su familia.
- ✚ Asistir a las reuniones, capacitaciones eventos científicos y otros que la institución programe.
- ✚ *Actuar sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social.*

### CONSERJE.

#### Actividades asignadas y específicas.

- ✚ Realizar las actividades de orientación y/o direccionamiento del usuario interno y externo del EMPLEADOR.
- ✚ Registrar los acontecimientos relevantes en el libro de novedades o bitácora.
- ✚ Resguardar y controlar el acceso a las instalaciones de los usuarios internos y externos del EMPLEADOR.
- ✚ Velar porque todos los usuarios y trabajadores del EMPLEADOR cumplan con las medidas de autocuidado, higiene y bioseguridad establecidas.
- ✚ Liderar la evacuación y ayudar a los usuarios y trabajadores en caso de siniestro.

- + Responsabilizarse de las llaves de las oficinas en las sedes del EMPLEADOR donde presta el servicio y utilizarlas cuando sea necesario de manera adecuada.
- + Encargarse de detectar cualquier incidencia o anomalía y comunicarla de inmediato a la dependencia competente.
- + Practicar y promover las buenas relaciones interpersonales entre los funcionarios del Departamento a fin de garantizar una labor armónica en equipo.
- + Desempeñar las demás actividades asignadas por la autoridad competente, las que reciba por delegación y aquellas inherentes a las que desarrolla.

### TERAPEUTA RESPIRATORIO - REUBICADA

Actividades asignadas y específicas.

1. Apoyo en gestión al coordinador SIAU.
2. Revisar correos institucionales propios del proceso SIAU, de esta manera dar respuestas oportunas e informar.
3. Descargue y registro de patologías, laboratorios especializados, igualmente llamar a usuarios y hacer seguimiento de entrega resultados alterados.
4. Atender de manera oportuna requerimientos efectuados por usuarios en ventanilla servicio de información y atención al usuario
5. Atender oportunamente línea telefónica 8821112 y línea interna 125 y 172.
6. Orientar al usuario en el proceso de facturación, asignación de citas, entrega de historia clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes y diagnósticas, admisiones y toda información que el usuario requiera con los servicios que presta la institución.
7. Desempeñar las demás actividades asignadas por el jefe inmediato, las que reciba por delegación y aquellas inherentes a las que desarrolla el sistema de información y atención al usuario.
8. El Empleado se obliga a respetar y acatar las sugerencias de la administración de la Institución, portar el carné de identificación oficial y el uniforme de acuerdo a lo establecido en el manual de imagen corporativa de la entidad, presentación personal adecuada en el sitio de trabajo manteniendo en alto la imagen corporativa del Hospital del Sarare y respetando especialmente las normas de bioseguridad y salud ocupacional.
9. Guardar la debida reserva y discreción de la información que se le ha confiado.
10. Apoyar en las labores de obtención de información básica de utilidad para el desarrollo de actividades.
11. Practicar y promover las buenas relaciones interpersonales entre los funcionarios del Departamento a fin de garantizar una labor armónica en equipo.
12. Acordar con el superior inmediato el plan de trabajo a su cargo y responder por su cumplimiento.
13. Desempeñar las demás actividades asignadas por el jefe inmediato, las que reciba por delegación y aquellas inherentes a las que desarrolla el sistema de información y atención al usuario.
14. El Empleado se obliga a respetar y acatar las sugerencias de la administración de la Institución, portar el carné de identificación oficial y el uniforme de acuerdo a lo establecido en el manual de imagen corporativa de la entidad, presentación personal adecuada en el sitio de trabajo manteniendo en alto la imagen corporativa del Hospital del Sarare y respetando especialmente las normas de bioseguridad y salud ocupacional

### 3. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN ANEXO 1

ITEM	CRITERIO A EVALUAR	RESPUESTA		
		SI	NO	TOTAL
1	El personal verificado informa y orienta a los usuarios respecto a su necesidad y a los servicios que se prestan en la ESE.	6	0	6
2	El funcionario SIAU Identifica la necesidad del servicio prioritario en la sala o espacio asignado.	6	0	6
3	Planifica el servicio de información y atención al usuario	6	0	6
4	Gestiona y optimiza los recursos humanos técnicos necesario para el SIAU	6	0	6
5	Realiza educación e información de acuerdo a los proyectado en SIAU	6	0	6
6	Realiza y coordina la bienvenida al servicio, apertura del servicio	6	0	6
7	Orienta al usuario para el uso adecuado del buzón de sugerencias	4	2	6
8	Da a conocer el portafolio de servicios de la institución	4	2	6
9	Da a conocer los derechos y deberes de los usuarios	2	4	6
10	Brinda asesoría personalizada a los usuarios para los diferentes tramites	6	0	6
11	Apoya actividades de canalización de usuarios a programas de promoción y prevención.	5	1	6
12	Apoya y esta atengo a reemplazar cupos de usuarios inasistentes	5	1	6
13	Conoce las actividades a desarrollar para la política de seguridad del paciente	2	4	6
14	Conoce e implementa los criterios de atención preferencial o diferencial a los usuarios	5	1	6
15	Se evidencia seguimiento post consulta	1	5	6
16	Se evidencian espacios de participación ciudadana	0	6	6
TOTAL		70	26	96
		73%		

#### 3.1 ASPECTOS GENERALES

Se cuenta con información documentada tales como; procedimiento PQRSF, Procedimiento de atención al usuario, procedimiento de asignación de citas procedimiento de autorización de servicios, procedimiento de cotización de servicio, procedimiento de entrega de resultados, procedimiento de información imágenes diagnósticas, procedimiento recepción call center y procedimiento de solicitud de Historias clínicas. Se evidenció acciones de actualización de la guía de atención al usuario pero no ha sido aprobada ni socializada por lo cual es una actividad prioritaria teniendo en cuenta que es información prioritaria para la entrega de Información al Usuario.

En cuanto a la Gestión por procesos se evidencia publicación en la pagina web <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/2023/DIR-01-F09-PLANES-DE-ACCIN.pdf> del plan de acción vigencia 2023 del subproceso de SIAU, , no se evidenció seguimiento de plan de acción publicado, no se evidenció en pagina web o en Intranet carpeta Líderes SIG mapa de riesgos, indicadores, controles y planes de mejora.

No se cuenta con un sistema de información de apoyo para las actividades del proceso, no se ha realizado estudio de cargas, y manifiestan el recurso humano no es suficiente para cumplir con las actividades debido al alto número de trabajadores reubicados a los cuales no se ha realizado el debido proceso de formación, competencias así como las habilidades de comunicación.

Cuentan con información inicial de la caracterización de los servidores, pero no de manera completa ya que se debe contar con datos como formación, cursos, habilidades entre otras.

### **3.2. POLITICAS MIPG**

**Participación ciudadana en la gestión pública:** Se evidenció información publicada a través de diferentes medios como carteleras, redes sociales, emisora, canales virtuales, página web y se evidenció el desarrollo de rendición de cuentas donde SIAU realizó su presentación y aportes.

Se recomienda implementar audiencias de rendición de cuentas con espacios de interacción con el ciudadano.

**Racionalización de los trámites:** no se evidenciaron procedimientos de consulta de información pública, los tramites publicados en la plataforma SUIT no se evidencian actualizados y se requiere actualización de la información publicada en la página web se evidenció procedimientos como entrega de medicamentos que actualmente no se presta, no se evidenció información actualizada respecto a la entrega de resultados de laboratorio.

No se evidenció metodología de medición de la experiencia del usuario respecto a los tramites ofrecidos mediante SIAU, se aclara que es diferente a las encuestas de satisfacción, ya que el objetivo es medir la efectividad en la información y orientación entrega a los usuarios.

**Servicio al ciudadano:** no se ha realizado el autodiagnóstico de la política, no se cuenta con la caracterización ciudadana información que es fundamental para planear las actividades a desarrollar en el subproceso, las metodologías a implementar. No se evidenció procedimiento para la atención de personas con discapacidad auditiva. Aunque la ESE cuenta con interprete no se evidencia documentado en la atención de asignación de citas, orientación en los servicios.

**Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:** no se evidenciaron capacitaciones a servidores públicos o contratistas sobre lucha contra la corrupción, no se ha realizado análisis de riesgos por recaudo en efectivo en entrega de resultados de laboratorio clínico.

### **3.3. PAGINA WEB**

Respecto a aprobación y publicación de datos abiertos, esta a cargo de Gestión de las TICS, se realizó un trabajo articulado con personal de imagen corporativa pero no se avanzó significativamente

porque la información la maneja solo la líder de Gestión de las TICS y por múltiples actividades no ha avanzado en estas.

Se realizó verificación de todo el contenido de la Pagina web, en trabajo articulado con SIAU e imagen corporativa.

Por lo cual se evidenció la necesidad de:

- Eliminar teléfonos de contacto desactualizados
- En los tramites publicados no tiene incluida la opción; dirección de correspondencia y como desea recibir la respuesta.
- No se evidenciaron mecanismos de seguridad
- El icono de noticias no evidencia información actualizada, allí debería de publicarse eventos, jornadas de salud, días conmemorativos
- No se evidencia en los contenidos publicados lenguaje de señas
- No se evidencia mapa de sitio ni buscador lo que dificulta ubicarse en la pagina
- No se evidenció mensajes aclaraciones respecto a los contenidos
- No se evidenció publicación de política de privacidad y tratamiento de datos personales, ni de derechos de autor o autorización de uso de contenidos.
- Menús: se evidencia necesidad de actualizar el portafolio de servicios, sedes, horario de atención, directorio telefónico, correspondencia, preguntas frecuentes, publicar cronogramas de actividades extramurales.
- Se requiere revisar el estado de actualización del informe de solicitud de información publica (ultima publicación en el 2018).

#### **OTRA INFORMACIÓN:**

- No se evidenció publicación de las actualizaciones del Plan de compras anual.
- No se evidenció publicación de estado de contratación solo la etapa de selección
- Se requiere retirar la opción de dispensación de medicamentos
- No se evidenciaron mecanismos internos y externos de supervisión
- Se requiere revisar con subgerencia administrativa y financiera el tema de costos de reproducción

#### **4. TRAMITES**

##### **4.1 PQRSDF**

Se evidenció actualización del procedimiento donde se incluyó la priorización según riesgos pero no se ha realizado su respectiva aprobación, socialización e implementación.

##### **4.2 ASIGNACIÓN DE CITAS**

No se evidenció documentado, los canales de asignación de citas no son claros, algunos no están en funcionamiento, y no se evidencia facilidad de acceso para los usuarios ya que son muchos aspectos a tener en cuenta según el servicio, según la sede, u otros criterios para la asignación de citas.

En el tema de call center cuenta con un procedimiento SIC-01-P04 con información desactualizada, no se evidenciaron las opciones actualmente manejadas.

##### **4.3 SOLICITUD DE HISTORIAS CLINICAS**

Se evidenció procedimiento el cual los formatos se encuentran publicados en la pagina web.

Institucionalmente el canal designado para registro de salidas de la historia clínica es SIAU

independiente si es del archivo digital ( Dinámica gerencial) o físico por lo cual se identifica un control.

Pero este registro no cuenta con la custodia de información debida y se materializó el riesgo de pérdida de información ya que se contaba almacenado el registro en la IP 2 y se sufrió pérdida de este.

Adicionalmente es necesario incluir dentro del procedimiento la solicitud de historias de las EAPB donde se les concede acceso desde Dinámica gerencial pero no se evidenció que este incluido dentro del control de SIAU.

#### **4.4 PROCEDIMIENTO APERTURA DE BUZON**

Se evidenció información documentada y adherencia a este, los soportes están siendo organizados adecuadamente, la oportunidad de respuesta ha ido en mejora.

Se evidenció copia y destrucción de los originales de los formatos diligenciados en los buzones, por lo cual amerita revisión con gestión documental para determinar; adecuada conservación del original o adecuada eliminación del original y conservación de la copia.

Se evidenciaron respuestas con contenido no conveniente para a la entidad por lo cual es necesario, en primer lugar, un control de revisión de toda respuesta que se emita a un petionario y en segundo lugar estructurar modelos de respuestas.

#### **4.5 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN**

Se encuentra en utilización un formato, y en actualización otro el cual aún no esta aprobado. Se evidenció cumplimiento de la meta establecida, pero no se evidencia custodia de la información de dicho registro, mes a mes es almacenada en un Excel el cual se archiva en un PC o en la IP pero sin articulación con gestión documental para establecer las condiciones de conservación.

#### **4.6 REGISTRO DE TRAMITES SUIT**

Se evidencia usuario y acceso desde Asesor de Planeación, no se evidencia articulación de esta plataforma con SIAU.

Se evidenciaron registro de algunos procedimientos, pero desactualizados. Se requiere capacitación y formación en el manejo de esta plataforma.

#### **4.7 PUNTOS DE INFORMACIÓN**

Se aplicó un instrumento para cada funcionario asignado en los puntos SIAU, Se evidenciaron dos tipos de cargo; conserjes y funcionarios SIAU, sin claridad en la diferencia en asignación de actividades, pero si diferencia en su dotación y presentación.

Se realizó recorrido en campo en las diferentes sedes urbanas de la ESE, el personal vinculado como conserje se evidenció cambios en la asignación de las actividades.

En general los funcionarios orientan a los usuarios, controlan filas, controlan ingreso de personas y tratan de dar orden en la atención a los usuarios, al inicio de la jornada laboral organizan logísticamente el servicio donde están asignados, gestionan los recursos.

En cuanto a orientar a los usuarios para los diferentes procedimientos, en primer lugar no se evidencia capacitación clara de todos los procedimientos existentes de atención al usuario, los funcionarios conocen parcialmente el portafolio de servicios, no conocen novedades jornadas o intensificaciones. Dentro de sus actividades rutinarias no se encuentra; socializar o educar en derechos y deberes, adecuado uso del buzón, actividades de PYP. No identifican actividades de implementación de la política de seguridad del paciente, no promoción de espacios de participación ciudadana ni se indaga por el seguimiento a la post consulta.

## 5. COMITES

Comité de Ética hospitalaria: se evidenciaron actas de reunión, no se evidenciaron soportes de la conformación ya que no se contó con la comunicación de la Alcaldía donde informa y designa los integrantes del comité.

## 6. FORTALEZAS

Se evidenció personal asignado al subproceso, un líder u coordinador asignado. Se evidencia en general orientación a los usuarios, cumplimiento de los horarios designados a cada punto de información. Organización en los soportes físicos de PQRS.

## 7. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

- Estructurar el subproceso documentalmente definiendo su caracterización, mapa de riesgos, actualizar y publicar los procedimientos actualizados.
- Organizar el programa de formación continua del equipo de trabajo fortalecimiento habilidades blandas, así como los conocimientos de la entidad, tramites, portafolio de servicios, seguridad del paciente, herramientas de comunicación y herramientas informáticas.
- Con base a la Autoevaluación FURAG, elaborar el plan de acción para el avance en la implementación de las políticas MIPG asignadas.
- Realizar actualización de contenidos de la página web en articulación con Gestión de las TICS.
- SIAU es el control de la información que se entrega a los usuarios por lo cual no solo en los puntos de información sino en los diferentes canales de comunicación, debe controlar la información emitida.
- Se requiere actualización tanto documental, como la información publicada respecto a los tramites de la entidad.
- Revisar, estudiar el estándar de Habilitación de Historias clínicas ya que un control fundamental de la institución lo tiene a cargo SIAU.
- Depurar los canales de comunicación y asignación de citas de la entidad, evitar tanta ruta, tantos multicanales que confunden a los usuarios.
- Dar cobertura a todas las sedes a través de diferentes estrategias de participación al ciudadano.
- Asistir o participar en las jornadas de salud extramurales
- Articular con gestión documental los lineamientos para; custodia de información digital, custodia de originales de PQRS.

- Garantizar la custodia de los registros de encuestas de satisfacción, y determinar con gestión documental el tiempo de preservación.
- En articulación con Talento humano, realizar mesa de trabajo respecto a los conserjes, su formación, capacitación, criterios de ingreso contrastado con las actividades que se les requiere asignar.
- Aclarar y revisar el tema de recaudo de efectivos.
- Solicitar los soportes de designación de miembros del comité de Etica hospitalaria, y con base a este determinar el quórum para las reuniones.
- Realizar un esquema de distribución de puntos de información, con asignación de actividades, servicios, información a impartir de manera que permita la organización del talento humano asignado.
- Estrategias de identificación visual del personal asignado para puntos de información; se observó diferente dotación como auxiliar de enfermería, conserjes, administrativos, lo que no permite unificación de la presentación y fácil identificación del usuario.

## 8. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS/

### 8.1 No conformidades identificadas en la Auditoria interna realizada en la vigencia 2023

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
5	El subproceso de SIAU no apporto matrices de riesgos, por lo cual se infiere que no se gestionan los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos institucionales.	Segunda Línea de Defensa de la Dimensión de Control Interno – MIPG Ley 87 de 1993
2	Perdida de información: registro de salidas de historia clínica. El prestador de servicios de salud cuenta con procedimiento para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.	Resolución 3100/2019 Minsalud numeral 11.1.6 Estándar de Historia clínica y registros inciso 2.
3	Información publicada en la página web, en cuanto a tramites y portafolio de servicios se encuentra desactualizada	MIPG Política de transparencia y acceso a la información pública

**9. CONCLUSIÓN GENERAL**

La auditoría se ejecutó de acuerdo con lo previsto en el Plan de Auditoría y, a la vez, se cumplió con el objetivo y alcance programado gracias a la disposición de los colaboradores del Proceso de Gestión Jurídica, se realizó un ajuste al cronograma en relación a revisión de informes debido a actividades institucionales.

Se dejan las recomendaciones y hallazgos detectados en desarrollo del proceso de auditoria conforme los cuales forma parte integral del presente informe.

No habiendo controversias en el presente informe, queda en firme dentro del proceso de auditoría. Se requiere que el Subproceso de SIAU efectúe el levantamiento del plan de mejora y se suscriba e implementen las acciones que conlleven a contrarrestar los hallazgos y observaciones presentadas, en el formato institucional SGI-01-F01 PLAN MEJORAMIENTO.xlsx, el cual se encuentra en \\192.168.1.4\lideres-sig\3. SIAU

Para constancia se firma Saravena, a los diecisiete días del mes de Octubre del año 2023.

<b>APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA</b>		
<b>Nombre Completo</b>	<b>Cargo</b>	<b>Firma</b>
DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA	Líder SIAU	Firmado en Original
YENNY CAROLINA SUAREZ	Asesora Control Interno	Firmado en Original
GERALDINE REAL LOZANO	Profesional de Apoyo	Firmado en Original