

Fecha de elaboración:

10/10/2024

Auditoría Interna No. 6

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	17	Mes	09	Año	2024	Desde	17/09/24	Hasta	27/09/24	Día	08	Mes	10	Año	2024
							D / M / A		D / M / A						

5. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)

En el presente informe se presentan los resultados de la Auditoría del Sub Proceso 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:

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

Actividad	Fecha inicio
Reunión de Inicio de la Auditoria	17 de septiembre del 2024
Planeación	17 de septiembre del 2024
Ejecución (cotejar los registros y/o controles que amparan las diversas actuaciones de los subprocesos)	17 de septiembre – 27 de septiembre del 2024
Socialización informe preliminar	04 de octubre de 2024
Emisión de Informe Final	04 de octubre de 2024
Entrega de Plan de Mejoramiento	11 de octubre de 2024
Seguimiento Plan de Mejoramiento	11 de noviembre de 2024

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	6
3. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN ANEXO 1.....	8
3.1 ASPECTOS GENERALES.....	9
3.2. POLITICAS MIPG	9
3.2.1 Política Participación ciudadana en la gestión pública	9
3.2.2 Política Racionalización de los trámites	13
3.2.3 Política Servicio al ciudadano	15
3.2.4 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: ..	16
3.2.4.1 Pagina web institucional.....	17
3.2.4.2 Gestión documental para el acceso a la información pública.	18
4. TRAMITES.....	18
4.1 INFORMES PQRSF.....	18
4.2 Asignación de citas	19
4.3 Solicitud de historias clínicas	19
4.4 Procedimiento apertura de buzón	20
4.4 Encuestas de satisfacción	20
4.6 Puntos de información.....	21
5. COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA.....	21

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.

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 2024 el cual está aprobado bajo Resolución institucional No 030 del 30 de Enero del 2024 y está publicado en la página web institucional https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/2024/PLAN-DE-ACCIN-VIGENCIA-2024_PROCESOS.pdf
- Se evidenció seguimiento del plan de acción publicado en la IP 4

PROCESO	SERVICIO AL CLIENTE
SUBPROCESO:	SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO VIGENCIA 2024
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2024

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL		
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3
66%	66%	49%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD - CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO											
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2024	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Diana Carolina Zapata Mendoza	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	100%										
						EJECUTADO	1											
002	Definición de indicadores del subproceso de SIAU	P	Sistema integrado de gestión	Diana Carolina Zapata Mendoza	Manual único de indicadores: proporción de satisfacción global del usuario, proporción de usuarios que recomienda su IPS a un familiar o amigo, No de encuestas de satisfacción diligenciadas/ número de encuestas proyectadas, cantidad de PQRSDF mensual, Tiempo de respuesta para el usuario PQRSDF, Proporción de PQRSDF de acuerdo a su EAPB, No planes de mejora/No de PQRSDF.	PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						EJECUTADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

De acuerdo al seguimiento evidenciado, para el primer trimestre refleja un cumplimiento del 66%, segundo trimestre 66% y tercer trimestre a la fecha de la auditoria un cumplimiento del 49%.

Planes de mejora

- Se evidenció en el marco de la auditoria interna del 2023.

Indicadores

- Se evidenció en el tablero de indicadores gerencial

2. PERSONAL ASIGNADO AL SUBPROCESO SIAU

Personal

PERSONAL 2024		
IDENTIFICACION	NOMBRE FUNCIONARIO	CARGO
68247305	SONIA RODRIGUEZ CONTRERAS	ORIENTADORA CITAS PRESENCIAL
40514443	DORIS NAYIVE GARCÍA GUTIÉRREZ	AUX. ADMINISTRATIVO
40505416	EDI ZULAY HERREÑO NOVA	AUX. ADMINISTRATIVO
68248997	ELIZABETH CASTRO OSORIO	ORIENTADORA UNAP LABORATORIO
68306978	MARDOLIZ ALISANDERA EULEJELO EULEJELO	AUX. ADMINISTRATIVO
68247210	ROCIO MONTAÑEZ VELASQUEZ	AUX. ADMINISTRATIVO
37710502	BLANCA FLOREZ MORA	ORIENTADORA CONSULTA EXT. PRINCIPAL
37752104	YORLEY ACEVEDO RODRIGUEZ	AUX. ADMINISTRATIVO
40514108	LUZ MARINA CARREÑO LAMUS	ORIENTADORA Y ENCUESTAS SATISFACCION
1007191175	DALLY ALEJANDRA ROCHA FLÓREZ	AUX. ADMINISTRATIVO
68245989	NUBIA GORDILLO	ORIENTADORA UNAP LABORATORIO
68250950	ROSALBA ESTEBAN VANEGAS	ORIENTADORA UNAP CONSULTA EXTERNA
40512234	ROSA SEPULVEDA CHACON	ORIENTADORA SEDE C
63558406	DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA	TECNICO ADMINISTRATIVO

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.

3. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN ANEXO 1

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

14	Conoce e implementa los criterios de atención preferencial o diferencial a los usuarios	3	0	3
15	Se evidencia seguimiento post consulta	3	0	3
16	Se evidencian espacios de participación ciudadana	0	3	3
TOTAL		42	3	45
		94%		

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 página web <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/2023/DIR-01-F09-PLANES-DE-ACCIN.pdf> del plan de acción vigencia 2024 del subproceso de SIAU, se evidencia en la Intranet carpeta Líderes SIG seguimiento al plan de acción.

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 se requiere fortalecer constantemente el proceso de formación, competencias así como las habilidades de comunicación.

3.2. POLITICAS MIPG

3.2.1 Política Participación ciudadana en la gestión pública

Se evidenció información publicada a través de diferentes medios como carteleras, redes sociales, emisora, canales virtuales, en cuanto a la página web se producto del plan de mejora de la anterior auditoria, se inició la actualización de publicaciones.

Se verificó en el marco la auditoria la información documentada o soportes de ejecución y no se evidenció Plan de Participación ciudadana en todas sus etapas ciclo PHVA.

Este plan de Participación en el marco de la política MIPG debe elaborarse con base a la herramienta de función publicar y en general debe contener:

➤ **Autodiagnóstico de Gestión de Política de participación ciudadana**

Identificación de debilidades y fortalezas de la participación, Caracterización de grupos de interés, diagnosticar los canales o espacios para participación.

Formular el plan de acción, con presupuesto asignado.

Conformar y capacitar un equipo de trabajo definiendo metodología, cronograma, responsable.

Divulgación del plan, para esto es importante incluir los espacios institucionales de comité de Gestión y desempeño y de ética.

➤ **Plan de acción de la política**

Socializar las actividades con grupos de valor, habilitar o garantizar la habilitación de los canales de participación.

Sistematizar los resultados obtenidos.

Analizar los resultados obtenidos, publicar y divulgar dichos resultados y documentar las buenas prácticas.

PLAN DE ACCIÓN HERRAMIENTA MIPG

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN
Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana	Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad	A partir de los resultados de FURAG identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la participación en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizándolas en cada uno de los ciclos de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)
		A partir de los resultados de la evaluación de la oficina de control interno sobre el plan de participación, identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizándolas por cada uno de los ciclos de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)
		Validar con las áreas misionales y de apoyo si los grupos de ciudadanos, usuarios, o grupos de interés con los que trabajó en la vigencia anterior atienden a la caracterización, y clasifique la participación de dichos grupos en cada una de las fases del ciclo de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)
		Diagnosticar si los canales espacios, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que empleó la entidad para promover la participación ciudadana son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés. Socializar los resultados del diagnóstico de la política de participación ciudadana al interior de la entidad.
	Construir el Plan de participación. Paso 1. Identificación de actividades que involucran procesos de participación	Conformar y capacitar un equipo de trabajo (que cuente con personal de áreas misionales y de apoyo a la gestión) que lidere el proceso de planeación de la participación
		Identificar en conjunto con las áreas misionales y de apoyo a la gestión, las metas y actividades que cada área realizará en las cuales tiene programado o debe involucrar a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés caracterizados.
		De las actividades ya identificadas determinar cuáles corresponden a participación en las fases del ciclo de la gestión y clasificarlas en cada una de ellas. (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)
		De las actividades de participación ya identificadas, clasifique cuáles de ellas, se realizarán con instancias de participación legalmente conformadas y cuáles son otros espacios de participación.
	Construir el Plan de participación. Paso 2. Definir la estrategia para la ejecución del plan	Verificar si todos los grupos de valor están contemplados en al menos una de las actividades de participación ya identificadas. En caso de que no estén contemplados todos los grupos de valor, determine otras actividades en las cuales pueda involucrarlos.
		Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana identificadas en las fases del ciclo (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)
		Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.
		Definir los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.
Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar.	Establecer el cronograma de ejecución de las actividades identificadas que se desarrollarán para promover la participación ciudadana	
	Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de participación ciudadana	
	Definir las etapas y mecanismos de seguimiento a la implementación y de evaluación del cumplimiento de las actividades través de la estandarización de formatos internos de reporte de las actividades de participación que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes en el proceso de participación ciudadana, indicadores y resultados.	
	Definir una estrategia de comunicación (interna y externa) que permita informar sobre la actividad participativa, desde su inicio, ejecución y desarrollo.	
		Divulgar el plan de participación por distintos canales invitando a la ciudadanía o grupos de valor a que opinen acerca del mismo a través de la estrategia que se haya definido previamente.
		Construir un mecanismo de recolección de información en el cual la entidad pueda sistematizar y hacer seguimiento a las observaciones de la ciudadanía y grupos de valor en el proceso de construcción del plan de participación.
		Divulgar el plan de participación ajustado a las observaciones recibidas por distintos canales, informando a la ciudadanía o grupos de valor los cambios incorporados con la estrategia que se haya definido previamente.

Promoción efectiva de la participación ciudadana	Ejecutar el Plan de participación	<p>Preparar la información que entregará en el desarrollo de las actividades ya identificadas que se van a someter a participación.</p> <p>Socializar en especial a los grupos de valor que va a convocar al proceso de participación, la información que considere necesaria para preparar la actividad de participación y socializar las rutas de consulta de la misma.</p> <p>Convocar a través de los medios definidos en el plan de participación a los ciudadanos, usuarios y/o grupos de valor caracterizados, a participar en las actividades definidas habilitando los canales, escenarios, mecanismos y medios presenciales y electrónicos definidos.</p> <p>Habilitar los canales, escenarios, mecanismos y medios presenciales y electrónicos definidos en el plan para consultar, discutir y retroalimentar con los ciudadanos usuarios y/o grupos de valor, sus recomendaciones u objeciones en el desarrollo de la actividad que la entidad adelanta en el marco de su gestión.</p> <p>Sistematizar los resultados obtenidos en el ejercicio de las diferentes actividades de participación ciudadana adelantadas.</p> <p>Analizar, por parte del área que ejecutó la actividad, las recomendaciones u objeciones recibidas en el proceso de participación, evaluar la viabilidad de su incorporación en la actividad que se sometió al proceso de participación y realizar los ajustes a que haya lugar.</p> <p>Diligenciar el formato interno de reporte definido con los resultados obtenidos en el ejercicio, y entregarlo al área de planeación.</p>
	Evaluación de Resultados	<p>Analizar los resultados obtenidos en la implementación del plan de participación, con base en la consolidación de los formatos internos de reporte aportados por las áreas misionales y de apoyo, para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el número de actividades en las que se involucró al ciudadano 2. Grupos de valor involucrados <p>Publicar y divulgar, por parte del área que ejecutó la actividad, los resultados y acuerdos desarrollados en el proceso de participación, señalando la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.</p> <p>Publicar los resultados consolidados de las actividades de participación, los cuales deberán ser visibilizados de forma masiva y mediante el mecanismo que empleó para convocar a los grupos de valor que participaron.</p> <p>Los reportes individuales diligenciados en los formatos internos deberán quedar a disposición del público.</p> <p>Documentar las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana que permitan alimentar el próximo plan de participación.</p>

PARTICIPACIÓN CIUDADANA PAGINA WEB

<https://hospitaldelsarare.gov.co/participa/participa-2.html>

DOCUMENTOS ADOPTADOS PANDEMIA COVID-19
TALENTO HUMANO
CAPACITACIONES
LINKS INSTITUCIONALES
RESOLUCIONES INSTITUCIONALES

NOTICIAS
RENDICION DE CUENTAS
PARTICIPA
PERFIL EPIDEMIOLOGICO
RECOMENDACIONES DE SALUD
CONVOCATORIAS
PACIENTES



BANCO DE SANGRE
HOSPITAL DEL SARARE ESE

Horario de Atención, de Lunes a Viernes de 7:00am a 5:00pm
Jornada Continua, Fines de Semana y Festivos No se labora.

REQUISITOS PARA Donar Sangre

- Tener entre 18 y 65 años. Presentar una identificación oficial.
- Estar afiliado a una empresa de salud.
- No haber realizado tatuajes, piercings o perforaciones en los últimos 6 meses.
- Encontrarse en buen estado de salud.
- Estar bien alimentado o bien hidratado.
- No haber ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 24 horas.
- No tener antecedentes de cirugía en los últimos 6 meses.
- No haber recibido vacunas en el último mes.
- No haber ingerido alcohol en los últimos 24 horas.
- No haber ingerido medicamentos.
- No estar embarazada. Si está, no haber tenido alcohol o drogas en el último día. No tener un parto menor de los últimos 15 días.



URGENCIAS 24 Hrs
Ingresa aquí para conocer La clasificación de urgencias - TRIAGE

Última actualización: 29 Septiembre 2023



PARTICIPACIÓN CIUDADANA



Para nosotros como Hospital del Sarare ESE, empresa social del estado, es primordial conocer las opiniones, comentarios y aportes de la ciudadanía en general para la construcción de planes y políticas, como también para el mejoramiento de la atención y el servicio día a día como estrategia de mejora continua.

En la pestaña TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN secciones: PLANEACIÓN Y NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS, podrá conocer los documentos que hacen parte de la planeación actual y de vigencias anteriores de la Institución, a partir de su lectura y análisis, si usted es ciudadano, miembro de la comunidad, usuario, familiar o hace parte de alguna asociación, agrupación o grupo de interés, le invitamos a que participe y contribuya en la creación de estos.

Se identifica icono de participación ciudadana en la página web el cual amerita actualizar ya que la información de rendición de cuentas se encuentra publicada en un icono separado.

<https://hospitaldelsarare.gov.co/rendicion-de-cuentas.html>

RENDICIÓN DE CUENTAS

VIGENCIA 2023

- [DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2023](#)
- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2023](#)
- [REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2023](#)
- [INFORME DE EVALUACIÓN DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2023](#)
- [ACTA AUDIENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2023](#)
- [LINK DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA](#)

VIGENCIA 2022

- [INFORME CONSOLIDADO 2022](#)
- [REGLAMENTO RENDICION DE CUENTAS VIGENCIA 2022](#)
- [DIAGNOSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022](#)
- [INFORME EVALUACIÓN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022](#)
- [ACTA AUDIENCIA RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022](#)

VIGENCIA 2021

- [ACTA DE RENDICION DE CUENTAS](#)
- [SOPORTE DE INVITACIONES DE RENDICION DE CUENTAS](#)
- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS](#)
- [DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021](#)
- [REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021](#)
- [INFORME DE EVALUACION DEL PROCESO DE RENDICION DE CUENTAS](#)

VIGENCIA 2020

- [ACTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS](#)
- [SOPORTE DE INVITACIONES DE RENDICIÓN DE CUENTAS](#)
- [DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020](#)
- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020 PARTE 3](#)
- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020 PARTE 2](#)
- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020](#)
- [REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020](#)

VIGENCIA 2019

- [INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2019](#)
- [REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2019](#)
- [ACTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS 22 DE JULIO DEL 2019](#)

VIGENCIA 2018

- [INFORME RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2018](#)
- [REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS](#)
- [ACTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS 11 DE MAYO 2019](#)

VIGENCIA 2017

- [INFORME RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2017](#)

➤ **PARTICIPA**

Dentro de esta política se encuentran tres espacios institucionales:

- **PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** Allí se debe publicar información del plan de acción, actividades, cronograma. No se evidencia información.
- **ASOCIACIÓN DE USUARIOS:** se evidencia información de conformación, actas de elección. La información está actualizada.
- **COMITÉ ETICA HOSPITALARIA:** se evidencia designación de cada miembro, acto administrativo de conformación. La información está actualizada.

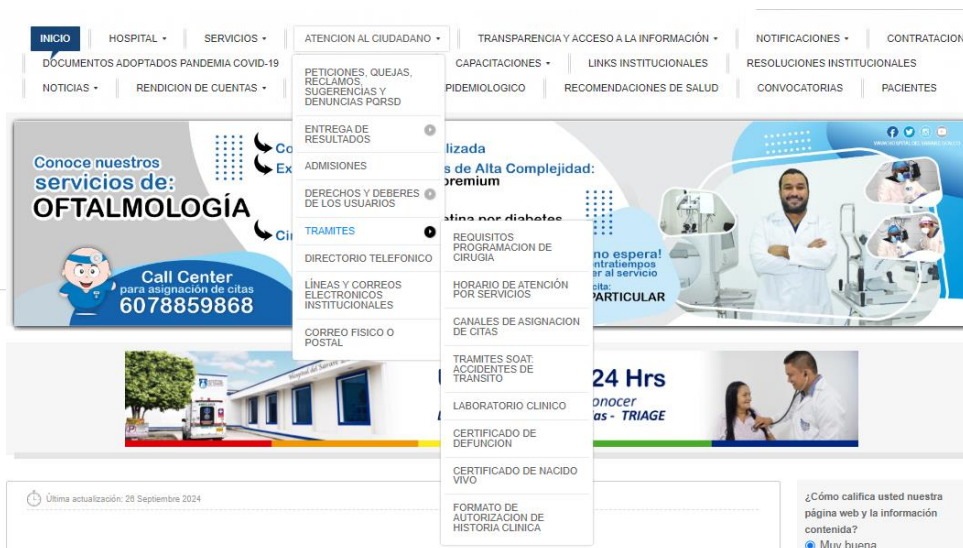


- **JUNTA DIRECTIVA:** no se evidencia información organizada, al revisar dentro del acta Asociación de usuarios la sesión de Asamblea departamental 2024 se evidenció la elección, por lo cual se recomienda ubicarlo en un espacio por separado, el contenido de esta elección.

https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/ASOCIACION_USUARIOS/Acta-Asamblea-dptal-2024.pdf

3.2.2 Política Racionalización de los trámites

Se verifica página web institucional en el icono tramites.



Verificación SUIT Racionalización de tramites:

Se realiza verificación en la Plataforma y se evidencian los siguientes tramites:






Función Pública | SUIT

PAMPURI JORGE ELIECER MORA ALVARADO (JMORA470) Cerrar sesión

Administración Formato integrado Racionalización Autorización de Nuevos Trámites Cadenas de Trámites Mi cuenta

Inventario de formatos integrados

Ver Exportar a Excel Separar

Origen	Tipo	Propuesto por	Fecha de Registro	Número	Nombre	Estado	Acciones
M	HM	DAFP		16395	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	  
M	HM	DAFP		16378	Atención inicial de urgencia	Inscrito	 
N	HM	DAFP		30315	Certificado de defunción por muerte natural	Inscrito	 
N	HM	DAFP		30317	Certificado de nacido vivo	Eliminado	  
N	HM	DAFP		33030	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Eliminado	 
M	HM	DAFP		16399	Examen de laboratorio clínico	Inscrito	 
M	HM	DAFP		16371	Historia clínica	Inscrito	 
N	HM	DAFP			Radiología e imágenes diagnósticas	En Creación	 
N	HM	DAFP		33033	Terapia	Inscrito	 

Se evidencia registro de tramites a los cuales usuario asignado a SIAU debe realizar el respectivo reporte de manera trimestral. En el marco de la auditoria usuario Planeación con perfil administrador de la plataforma realizó la respectiva actualización de procedimientos eliminando la Dispensación de medicamentos porque actualmente el servicio no se está prestando.

En cuanto al certificado de nacido vivo, este trámite se evidencia publicado en la página web y debe ser reportado en SUIT.

Autodiagnóstico y Plan de acción:

De acuerdo al autodiagnóstico se evidencia lo siguiente faltante:

- No se evidencia registro trimestral en Plataforma SUIT primer y segundo trimestre.
- Documentar el plan de acción de la política

3.2.3 Política Servicio al ciudadano

De acuerdo al autodiagnóstico se evidencia lo siguiente faltante:

- Se cuenta con una caracterización básica de ciudadano, usuario, grupos de interés, realizada en el plan de comunicaciones, este le puede brindar la información necesaria.
- Se requiere fortalecer las acciones para garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades como: Visual, Auditiva, Cognitiva, Mental, Sordoceguera, Múltiple, Física o motora.
- La información publicada en sitio web no está dirigida con metodología para personas con discapacidad auditiva o visual.

- En los puntos de atención al usuario, se implementan diferentes formas de sistema de turnos, pero estos se realizan a criterio del funcionario y no con una metodología unificada y sistematizada.
- No se evidencia carta de trato digno al usuario publicada en la página web, en la que se indiquen sus derechos y los medios dispuestos para garantizarlos.

Inicio > Atención Al Ciudadano > Carta trato digno >

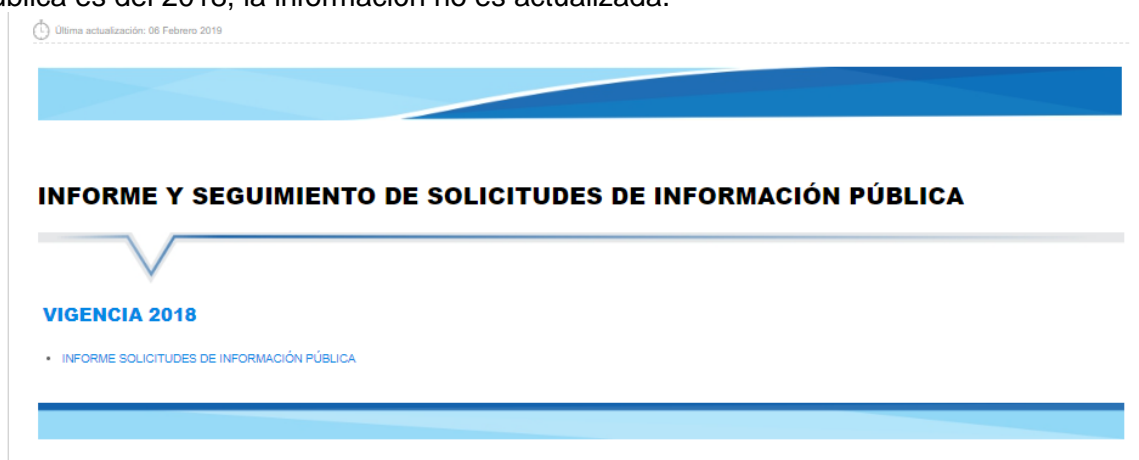
- No se evidenció definición y publicación de un reglamento interno para la gestión de peticiones y quejas, la ESE tiene documentado el procedimiento de PQRSF de allí tiene una base de información.
- Incluir para cada vigencia en el plan de capacitación lo relacionado a la política de servicio al ciudadano.

3.2.4 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:

Se evidenció formulación, aprobación e implementación del plan anticorrupción para la vigencia 2024

De acuerdo al autodiagnóstico se evidencia lo siguiente faltante:

- Se han evidenciado quejas del personal vinculado al subproceso de SIAU por lo cual se debe fortalecer para que los funcionarios de la entidad ofrecen un servicio amable y cálido a los ciudadanos, dando respuesta efectiva a sus requerimientos.
- Complementar la caracterización de la población usuaria.
- No se evidencian de forma frecuente los espacios de participación ciudadana.
- No se evidencia metodología documentada de transferencia efectiva de conocimientos entre personas que dejan sus cargos y nuevos que llegan a desempeñarse.
- No se han realizado capacitaciones a los funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información Ley 1712 de 2014.
- No se evidenciaron actividades donde la entidad ha informado a sus usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014.
- La última publicación en la web de Transparencia y acceso en cuando a solicitudes de información pública es del 2018, la información no es actualizada.



<https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/proteccion-de-datos/informe-solicitudes-de-informacion-publica.html>

3.2.4.1 Pagina web institucional

- 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 evidenció encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en su sitio Web oficial.
- No se evidencian publicaciones en la página web de la institución de información de ofertas de empleo de la entidad.
- No se evidencia publicado en la página web de la institución el plan de participación ciudadana.
- En la página web no se evidencia informes de empalme.
- La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los costos de la reproducción de la información (Ej. Costo de fotocopias o de CDs etc.)

Se verifica en la página web institucional y se evidencia un icono costos de reproducción pero al ingresar se tiene un listado de documentos el cual amerita depurar, ya que muchos documentos están en otros espacios

<https://hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/proteccion-de-datos/costos-de-reproduccion.html>



Última actualización: 12 Noviembre 2020

GESTIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA

- MANUAL DE POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION
- POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
- RESOLUCIÓN 03A APROBACIÓN POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
- DATOS ABIERTOS
- REGISTRO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN
- INVENTARIO DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN
- INDICE DE INFORMACION CLASIFICADA Y RESERVADA
- ESQUEMA DE PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN
- PLAN DE GESTIÓN DOCUMENTAL PGD
- TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL TRD
- TABLAS DE VALORACIÓN DOCUMENTAL TVD
- DIAGNÓSTICO INTEGRAL
- PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL
- REGISTRO DE PUBLICACIONES
- COSTOS DE REPRODUCCIÓN
- PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
- INFORME DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS Y SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN
- INFORME Y SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA
- MECANISMOS DE CONTACTO PARA RECIBIR SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA
- FORMULARIO DE CONTACTO PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

En cuanto a costos de reproducción se identifica publicación de la Resolución No 051 del 2019 por la cual establece el costo de reproducción de documentos que se expiden en la ESE Hospital del Sarare, por lo cual se indaga por la vigencia de dicha resolución.

- No se evidencio bases de datos abiertos en sitio web www.datos.gov.co

Se requiere elaborar documento de Términos y condiciones de uso información WEB ejemplo https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/generales/terminos_condiciones_de_uso_sdp.pd.

No se evidencia publicación de política de derechos de autor y o autorización de uso sobre los contenidos

3.2.4.2 Gestión documental para el acceso a la información pública.

- El conocimiento de los servidores de la organización adquirido a través de su experiencia no es identificado, analizado, clasificado, documentado y difundido.
- No se evidenció actualizado el Índice de Información Reservada y Clasificada de la entidad
- No se evidenció acto administrativo de aprobación del esquema de publicación de la entidad, ni publicación de este.
- No se evidencio Registro de Activos de Información de la entidad

Dicha información es del alcance de Gestión documental.

4. TRAMITES

4.1 INFORMES PQRSF

A continuación, se realiza verificación del Tramite PQRSF en el ciclo PHVA

CRITERIO	VERIFICACIÓN
La entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios)	CUMPLE
La entidad definió y publicó un reglamento interno para la gestión de las peticiones y quejas recibidas.	NO CUMPLE
La entidad informó a los ciudadanos los mecanismos a través de los cuales pueden hacer seguimiento a sus peticiones.	NO CUMPLE
La entidad cuenta con un formulario en su página Web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias.	CUMPLE
La entidad cuenta con mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con: - El reconocimiento de un derecho fundamental - Peticiones presentadas por menores de edad - Peticiones presentadas por periodistas	NO CUMPLE

<p>La entidad elabora informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias con una frecuencia trimestral o mayor. - Recomendaciones de la entidad sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad - Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública - Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles 	<p>CUMPLE</p>
<p>La Oficina de Control realiza un informe semestral sobre el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de la dependencia de servicio al ciudadano</p>	<p>CUMPLE</p>

4.2 Asignación de citas

Se evidenció información actualizada y publicada de los canales de asignación de citas con sus diferentes horarios, sedes, servicios.

En cuanto al call center cuenta con un procedimiento SIC-01-P04 con información desactualizada, pero la información ya se encuentra documentada desde SIAU por lo cual es articular para la información.

En revisión de los informes de PQRS de la vigencia 2023 y 2024 persiste como una de los motivos de quejas, sin embargo, la entidad ha adelantado planes de mejora ampliando la capacidad tecnológica a través de la ampliación del número de líneas, aumentando personal, así como desarrollando actividades de seguimiento y control, sin embargo, factores externos como la conectividad y fallas de energía eléctrica del municipio, afecta el servicio.

De igual forma el entrenamiento del personal es necesario de manera permanente tanto en dominio del software como en la atención al usuario, así como en normatividad en venta de servicios, SGSSS.

4.3 Solicitud de historias clínicas

Se evidenció procedimiento el cual los formatos se encuentran publicados en la página web, con información actualizada.

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 se realiza la custodia de información a través de gestión documental y se realiza su reporte en el FUID documentos electrónicos.

De otro lado en cuanto a las solicitudes de EAPB se realiza indicando el procedimiento de solicitud de usuarios y contraseña, y se remite a Gestión de las TICS quien otorga usuarios y contraseñas.

4.4 Procedimiento apertura de buzón

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

Se evidencia que los formatos de las PQRSF originales se escanean y se anexan al documento remitido con la respuesta del servicio o del líder, se radica y se envía al usuario que interpuso la PQRSF.

Se evidenció control en las respuestas emitidas, a través de la verificación previa de estas.



Fuente: apertura buzón 2024 sede Unap



Fuente: apertura buzón 2024 sede Principal

Se desarrolla cronograma de apertura, cada 8 días lo realiza SIAU y remite actas de apertura al correo controlinterno@hospitaldelsarare.gov.co y cada 15 días se realiza la apertura con acompañamiento de Control interno.

4.4 Encuestas de satisfacción

La aplicación de encuestas de satisfacción se encuentra a cargo de SIAU, líder del subproceso asigna personal para el desarrollo de esta actividad, las encuestas son aplicadas telefónicamente y presencialmente, consolidadas para el indicador mensual de la Resolución 256 del 2016 y desde control interno se realiza seguimiento y verificación a través del informe semestral publicado en la web institucional.

<https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2024/INFORMES/INFORME--PQRSF-I-SEMESTRE-2024.pdf>

Evidenciando los resultados de las encuestas de satisfacción no son divulgados o revisados internamente, por lo cual se ha realizado a través del comité institucional de control interno, en este análisis se identificó variabilidad significativa del porcentaje de satisfacción Global.

Se verificó la matriz de digitación del cuestionario identificación con correlación en las respuestas, se indagó con el entrenamiento del personal que realiza la encuesta y se identificó debilidad en habilidades de comunicación y sistematización, por lo cual la ESE se encuentra realizando acciones de mejora como:

- Propuesta de actualización del instrumento
- Entrenamiento del personal
- Evitar rotaciones frecuentes del personal
- Verificar en sitio las entrevistas desarrolladas con los usuarios
- Divulgar mensualmente los resultados a la dirección para identificar mejoras oportunamente.

4.6 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 la sede principal 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 lógicamente el servicio donde están asignados, gestionan los recursos, entregan fichas para turnos, manualmente.

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.

Se han identificado quejas por parte de los usuarios relacionadas con algunos puntos de información, lo cual la líder está empleando acciones de mejora, pero se relacionado mucho a la situación de reubicación de trabajadores quienes no cuenta con un plan de formación que permite adoptar actitudes y aptitudes adecuadas, sumado a esto es necesario contar con habilidades y entrenamiento del cliente difícil.

5. COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

Se realizó verificación en la Intranet \\192.168.1.4\comites institucionales\07_ COMITE ETICA HOSPITALARIA

- Evidenciando Acto administrativo de conformación del Comité de Ética hospitalaria: Resolución 262 DEL 19/11/2021 donde se evidencia su conformación, funciones, vigencia, con una periodicidad de mínimo una vez al mes, evidenciando nueve actas de comité.

ACTA No	MES
1	Enero
2	Febrero
3	Marzo
4	Abril
5	Mayo
6	Junio
7	Julio
8	Agosto
9	Septiembre

Se verifica página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/participa/participa-eventos-2.html>



Última actualización: 29 Agosto 2024

COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA

- CIRCULAR 001 SOCIALIZACION CRONOGRAMA COMITE ETICA HOSPITALARIA
- DELEGADOS ALCALDIA AL COMITE ETICA HOSPITALARIA
- DELEGADOS ASUSALUPA AL COMITE ETICA HOSPITALARIA
- RESOLUCIÓN_No262_19_11_2021

Se evidencia documentos soportes de conformación, acto administrativo de conformación y cronograma.

Al verificar actas de comité con documentos de designación para la conformación se evidencia:

- Inasistencia permanente de uno de los delegados emitidos por la Alcaldía, a lo cual se evidenció comunicación por parte del Hospital del Sarare a la oficina de Desarrollo Social Alcaldía informando la situación.

-Se evidencia cambio de un delegado por parte del Equipo de enfermería, en el cual se argumentó asignando al profesional de enfermería que quedó en segundo lugar, en la convocatoria realizada el 19/11/2021.

6. FORTALEZAS

Se evidenció personal asignado al subproceso, un líder u coordinador asignado.

Se evidenció metodologías de organización y actualización de la información relacionada con horarios de atención, asignación de citas, servicios.

Se evidencia en general orientación a los usuarios, cumplimiento de los horarios designados a cada punto de información.

Se evidenció organización en los soportes físicos de PQRS.

7. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

- Se debe documentar la caracterización del proceso con su respectivo, mapa de riesgos e indicadores.
- Se requiere realizar seguimiento a los planes de mejora suscritos.
- Formular e implementar 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, teniendo en cuenta el factor de reubicación laboral que genera riesgos en el proceso.
- **En cuanto a la Política Participación ciudadana** en la gestión pública se requiere formular el plan de Participación Ciudadana con actividades en todas sus etapas PHVA. Para esto se debe realizar la identificación de debilidades y fortalezas de participación, caracterizar los grupos de interés y realizar un diagnóstico de los canales o espacios de participación.

El equipo de trabajo que requiere a conformar para dicho plan recomendaría que sea en el marco del Comité Institucional de Gestión y desempeño, y de otro lado ante el comité de Ética se realizaría el seguimiento a dicho plan, así como la retroalimentación de este.

Se requiere actualizar el icono de PARTICIPACIÓN CIUDADANA en la página web institucional, en su contenido y allí publicar el plan de Acción de dicha política y de este icono eliminar la opción rendición de cuentas porque esta se encuentra publicada en un icono separado donde está la información ya actualizada.

Dentro del icono de participación PARTICIPA falta ubicar el espacio JUNTA DIRECTIVA donde va evidenciar que se está asegurando este espacio ya que un miembro de Junta ha sido designado por la Asociación de usuarios.

- **Política Racionalización de los trámites** se evidenció gran trabajo de actualización, la invitación es mantener esta actividad y articular con los servicios para que informen los cambios en horarios, apertura de nuevos servicios procedimientos para que SIAU sea ese facilitador de información por los diferentes canales informativos.

En el marco de la auditoria SIAU realizó el reporte SUIT del tercer trimestre 2024, pero los dos primeros trimestres no se evidenció reporte, por lo cual se requiere dar cumplimiento a este requisito durante todos los trimestres.

Es necesario revisar el Tramite registrado en SUIT; Certificado de Nacido vivo ya que se evidencia eliminado y dicho trámite se realiza en la entidad.

- **Política Servicio al ciudadano** se requiere complementar la información de caracterización básica del ciudadano, esta da las pautas para determinar las características de atención del servicio.

Implementar acciones articulado con demás subprocesos para garantizar la atención accesible para Personas con discapacidad, así como implementar metodologías para la publicación de información en la web con acceso a Personas con discapacidad auditiva o visual.

En los diferentes puntos de atención al usuario, unificar los criterios de asignación de turno, horarios y metodología.

Documentar la Carta de Trato digno al usuario, publicarla en la página web en el icono Atención al ciudadano.

- **Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción** Se requiere implementar de manera permanente mejoras para la en trato amable y cálido a los ciudadanos.

Incluir en plan de formación del subproceso la Ley de Transparencia y acceso a la información Ley 1712 de 2014.

Desarrollar actividades para dar a conocer a los usuarios la ley 1712 de 2014.

- **Página web institucional**

Se requiere publicar en página web el plan de participación ciudadana y revisar la vigencia de la información de costos de reproducción de la información.

- **PQRSF:** se requiere complementar la documentación incluyendo un reglamento interno para la gestión de peticiones y quejas recibidas, mecanismos donde los usuarios pueden realizar seguimiento a sus peticiones, y estudiar el tema de prioridad de peticiones relacionadas con derecho fundamental, peticiones presentadas por menores, peticiones presentadas por periodistas.

- **Asignación de citas:** continuar con la articulación con Call center para asegurar que la información llegue a los usuarios y se informen oportunamente los cambios en la prestación de servicios como en los tramites de facturación, citas y demás.

- **Apertura de buzón:** seguir con el adecuado uso de los formatos de las PQRSF originales y cumpliendo con el cronograma de las aperturas de buzón. Así mismo, mantener en custodia los formatos y respuestas de estas PQRFD.
- **Encuestas de satisfacción:** planear adecuadamente esta actividad, entrenar el personal y verificar la calidad del dato, además previo al reporte del indicador a EAPB realizar una validación interna con Subgerencia científica, calidad, control interno para verificar los datos y generar mejoras para el mes siguiente.
- 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.
- **Comité de ética:** continuar con el desarrollo de sesiones y publicación de soportes, y estar atentos a la gestión necesaria cuando se requiera actualizar los integrantes.

8. NO CONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS/

8.1 No conformidades identificadas en la Auditoria interna realizada en la vigencia 2024

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
1	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	Se verificó en el marco la auditoria la información documentada o soportes de ejecución y no se evidenció Plan de Participación ciudadana en todas sus etapas ciclo PHVA.	MIPG Política de Participación ciudadana.
3	Reporte de información cargada en el SUIT primer y segundo trimestre 2024	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 40) Ley 962 de 2005 (Artículo 6)

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 diez días del mes de octubre del año 2024.

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

Nombre Completo	Cargo	Firma
DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA	Líder SIAU	Firma en Original
YENNY CAROLINA SUAREZ	Asesora Control Interno	Firma en Original
GERALDINE REAL LOZANO	Profesional de Apoyo	Firma en Original