

Fecha de elaboración:

11/11/2025

Auditoría Interna No.

7

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

DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA

**1. OBJETIVO**

Evaluar y determinar el grado de cumplimiento del Subproceso de Sistema de Atención al Usuario 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 Sistema de Atención al Usuario

**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 Auditoria / Asesora Control Interno  |
| Geraldine Real Lozano | Auditor/ Profesional de Apoyo Control Interno |

| Reunión de Apertura |    |     |    |     |    | Ejecución de la Auditoría |            |       |            | Reunión de Cierre |    |     |    |     |      |
|---------------------|----|-----|----|-----|----|---------------------------|------------|-------|------------|-------------------|----|-----|----|-----|------|
| Día                 | 08 | Mes | 10 | Año | 25 | Desde                     | 08/10/2025 | Hasta | 10/10/2025 | Día               | 15 | Mes | 10 | Año | 2025 |
|                     |    |     |    |     |    |                           | 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 Sistema de Atención al Usuario 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 auditoria se inició con la carta de compromiso, de representación y reunión de apertura de la auditoria.

### **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:

| <b>Actividad</b>                                                                                        | <b>Fecha inicio</b>                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Reunión de Inicio de la Auditoria                                                                       | 08 de octubre de 2025                  |
| Planeación                                                                                              | 08 de octubre de 2025                  |
| Ejecución (cotejar los registros y/o controles que amparan las diversas actuaciones de los subprocesos) | 08 de octubre al 10 de octubre de 2025 |
| Socialización informe preliminar                                                                        | 15 de octubre de 2025                  |
| Emisión de Informe Final                                                                                | 15 de octubre de 2025                  |
| Entrega de Plan de Mejoramiento                                                                         | 24 de octubre de 2025                  |
| Seguimiento Plan de Mejoramiento                                                                        | 24 de octubre de 2025                  |

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.....                                              | 9         |
| 3.1 ASPECTOS GENERALES.....                                                                             | 10        |
| 3.2. POLITICAS MIPG.....                                                                                | 11        |
| <b>3.2.1 Política Participación ciudadana en la gestión pública.....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>3.2.2 Política Racionalización de los trámites .....</b>                                             | <b>12</b> |
| <b>3.2.3 Política Servicio al ciudadano .....</b>                                                       | <b>14</b> |
| <b>3.2.4 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:14</b> | <b>14</b> |
| 3.2.4.1 Pagina web institucional .....                                                                  | 15        |
| <b>3.2.4.2 Gestión documental para el acceso a la información pública. ....</b>                         | <b>18</b> |
| 4. TRAMITES .....                                                                                       | 18        |
| <b>4.1 INFORMES PQRSF.....</b>                                                                          | <b>18</b> |
| 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 .....                                                                     | 21        |
| 4.6 Puntos de información .....                                                                         | 21        |
| 5. COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA .....                                                                   | 22        |
| 6. FORTALEZAS .....                                                                                     | 23        |
| 7. ASPECTOS POR MEJORAR / RECOMENDACIONES .....                                                         | 23        |
| 8. NO CONFORMIDADES .....                                                                               | 26        |
| 9. OBSERVACIONES.....                                                                                   | 27        |
| 10. CONCLUSIÓN GENERAL.....                                                                             | 27        |

Se aplicó instrumento de verificación el cual contiene capítulos de verificación: aspectos generales, Políticas MIPG, Pagina web, tramites, comités. Obteniendo 74.52% de un 100%

|                                        |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCESO AUDITADO:</b>               | GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA                                                                                                                                   |
| <b>SUBPROCESO AUDITADO:</b>            | SISTEMA DE ATENCION AL USUARIO                                                                                                                                                                      |
| <b>LIDER DEL PROCESO AUDITADO:</b>     | DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA                                                                                                                                                                       |
| <b>LIDER DEL SUB PROCESO AUDITADO:</b> | DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA                                                                                                                                                                       |
| <b>OBJETIVO DE LA AUDITORIA:</b>       | 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. |
| <b>ALCANCE DE LA AUDITORIA:</b>        | Aplica a todo el subproceso de Servicio de Información y atención al ciudadano                                                                                                                      |
| <b>AUDITOR:</b>                        | YENNY CAROLINA SUAREZ - GERALDINE REAL LOZANO                                                                                                                                                       |

**Marco Normativo.**

Constitución política de Colombia del 1991 Artículo 2, 23, 74, 123, 209 y 270.  
 Ley 1755 de 2015 por medio de la 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 de la cual se crea la Ley de transparencia y del Derecho de acceso a la información pública Nacional y se dictan otras disposiciones.  
 Ley 1952 por medio de la 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.

| LISTA DE VERIFICACION   |   |             |           |             |
|-------------------------|---|-------------|-----------|-------------|
| ASPECTO A EVALUAR       | % | CUMPLE      | EVIDENCIA | OBSERVACION |
| ASPECTO GENERALES       |   |             |           |             |
| <b>EVALUACIÓN TOTAL</b> |   | <b>100%</b> |           |             |

74,52%

## 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 2025 el cual está aprobado bajo Resolución institucional No 012 del 24 de Enero del 2025 y está publicado en la página web institucional <https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/PLAN-DE-ACCIN--POR-PROCESOS--2025.pdf>
- No se evidenció seguimiento periódico del plan de acción publicado en la IP4/ Lideres Sig 2025

| ITEM | NOMBRE                    | CEDULA   | CARGO                                              | TIPO DE CONTRATO                    | ROL SIAU                 |
|------|---------------------------|----------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1    | LUZ SELLY MORA LEAL       | 60265185 | AUXILIAR AREA DE LA SALUD - AUXILIAR DE ENFERMERIA | NOMINA PLANTA ASISTENCIAL QUIROFANO | PUNTO DE INFORMACION UCI |
| 2    | SONIA RODRIGUEZ CONTRERAS | 68247305 | AUXILIAR DE SERVICIOS BASICOS                      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO      | AUXILIAR DE INFORMACIÓN  |
| 3    | ROSA SEPULVEDA CHACON     | 40512234 | AUXILIAR DE SERVICIOS BASICOS                      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO      | AUXILIAR DE INFORMACIÓN  |
| 4    | EDI ZULAY HERREÑO NOVA    | 40505416 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 3                    | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO      | VENTANILLA SIAU          |
| 5    | ROSALBA ESTEBAN VANEGAS   | 68250950 | AUXILIAR DE SERVICIOS BASICOS                      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO      | AUXILIAR DE INFORMACIÓN  |

|    |                                      |            |                                      |                                |                                                             |
|----|--------------------------------------|------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 6  | DORIS NAYIVE GARCIA GUTIERREZ        | 40514443   | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 3      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | VENTANILLA SIAU                                             |
| 7  | DALLY ALEJANDRA ROCHA FLOREZ         | 1007191175 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 3      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | PQRSF Y ENTREGA RESULTADO PATOLOGIA                         |
| 8  | MARDOLIZ ALISANDRA EULEJELO EULEGELO | 68306978   | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 2      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | VENTANILLA SIAU                                             |
| 9  | DIANA CAROLINA ZAPATA MENDOZA        | 63558406   | TECNICO ADMINISTRATIVO NIVEL 1       | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | COORDINADORA                                                |
| 10 | ELIZABETH CASTRO OSORIO              | 68248997   | AUXILIAR DE INFORMACIÓN HOSPITALARÍA | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | AUXILIAR DE INFORMACIÓN                                     |
| 11 | NUBIA GORDILLO ESPINOSA              | 68245989   | AUXILIAR DE INFORMACIÓN HOSPITALARÍA | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | AUXILIAR DE INFORMACIÓN                                     |
| 12 | BLANCA FLOREZ MORA                   | 37710502   | AUXILIAR DE INFORMACIÓN HOSPITALARÍA | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | AUXILIAR DE INFORMACIÓN                                     |
| 13 | ROCIO MONTAÑEZ VELASQUEZ             | 68247210   | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 2      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | AUXILIAR DE INFORMACIÓN Y VENTANILLA RESULTADOS LABORATORIO |
| 14 | GINA ALEJANDRA MONROY DURAN          | 1115725171 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 2      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | PUNTO DE INFORMACION UCI                                    |
| 15 | KEIDY TATIANA DIAZ MORA              | 1115720114 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO NIVEL 1      | NOMINA CONTRATO ADMINISTRATIVO | VENTANILLA SIAU                                             |

**FUNCIONES ESPECIFICAS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**

1. Saludar al cliente interno, externo y su familia, presentarse y explicarles cuál será su participación durante su proceso de atención.
2. Atender de manera oportuna los requerimientos efectuados por los usuarios en la ventanilla de servicio de información y atención al usuario para los diferentes procesos como facturación, asignación de citas, entrega de historias clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes diagnósticas y admisiones dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento institucional.

3. Orientar y brindar la información que el usuario requiera sobre los servicios que presta la institución.
4. Guardar la debida reserva y confidencialidad de la información.
5. Actualizar la información personal de los usuarios en la ficha de pacientes en el sistema de la dinámica gerencial módulo de admisiones.

### **FUNCIONES ESPECIFICAS AUXILIARES DE INFORMACION HOSPITALARIA**

1. Saludar al cliente interno, externo y su familia, presentarse y explicarles cuál será su participación durante su proceso de atención.
2. Atender de manera oportuna los requerimientos efectuados por los usuarios en los puntos de información de las diferentes sedes de la institución, para los diferentes procesos como facturación, asignación de citas, entrega de historias clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes diagnósticas y admisiones dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento institucional.
3. Orientar al usuario sobre el manejo correcto de los canales de asignación de citas habilitados por la institución; Call center 607-8859868, WhatsApp BOT 3160105683 y ventanilla presencial.
4. Realizar el filtro de usuarios que requieren atención preferencial, como embarazadas, mayores de 65 años, niños menores de 5 años y personas con discapacidad física o mental
5. Realizar filtro de los pacientes según el listado de las agendas y horarios de citas especializadas, para organizar el proceso de facturación de manera eficiente.

### **FUNCIONES ESPECIFICAS AUXILIARES DE SERVICIOS BASICOS (REUBICADAS)**

1. Saludar al cliente interno, externo y su familia, presentarse y explicarles cuál será su participación durante su proceso de atención.
2. Atender de manera oportuna los requerimientos efectuados por los usuarios en los puntos de información de las diferentes sedes de la institución, para los diferentes procesos como facturación, asignación de citas, entrega de historias clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes diagnósticas y admisiones dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento institucional.
3. Orientar al usuario sobre el manejo correcto de los canales de asignación de citas habilitados por la institución; Call center 607-8859868, WhatsApp BOT 3160105683 y ventanilla presencial.
4. Realizar el filtro de usuarios que requieren atención preferencial, como embarazadas, mayores de 65 años, niños menores de 5 años y personas con discapacidad física o mental
5. Realizar filtro de los pacientes según el listado de las agendas y horarios de citas especializadas, para organizar el proceso de facturación de manera eficiente.



### **FUNCIONES ESPECIFICAS TEC. ADMINISTRATIVO NIVEL I.**

1. Supervisar y coordinar las actividades del personal de atención al usuario.
2. Asegurar que los procesos y procedimientos se realicen de acuerdo con las políticas del hospital.
3. Garantizar una atención oportuna y eficiente a los usuarios.
4. Mantener una comunicación clara y efectiva con los usuarios para satisfacer sus necesidades y expectativas.
5. Implementar y supervisar sistemas para la recepción, tramitación y resolución de quejas y reclamos.

### **FUNCIONES ESPECIFICAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA (REUBICADA)**

1. Atención al usuario visitante en la UCI.
2. Atender de manera oportuna los requerimientos efectuados por los usuarios en la ventanilla de servicios de información y atención al usuario para los diferentes procesos como facturación, asignación de citas, entrega de historias clínicas, entrega de resultados de laboratorios, imágenes diagnósticas y admisiones dando cumplimiento a lo establecido en el procedimiento institucional.
3. Actualizar la información personal de usuarios en la ficha de pacientes en el sistema de dinámica gerencial módulo de admisiones.
4. Recopilar, organizar y archivar toda la información relevante sobre el paciente, incluyendo datos clínicos, historial médico, y resultados de pruebas.
5. Realizar charlas informativas a familiares y acompañantes sobre la gestión de la información y la seguridad de datos.

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

Se realizó solo a tres funcionarios porque se encuentran en vacaciones o incapacidad.

| 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                                                  | 2          | 1        | 3         |
| 16           | Se evidencian espacios de participación ciudadana                                       | 3          | 0        | 3         |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                         | <b>47</b>  | <b>1</b> | <b>48</b> |
|              |                                                                                         | <b>98%</b> |          |           |

### 3.1 ASPECTOS GENERALES

Se cuenta con información documentada tales como; procedimiento PQRSF, Procedimiento de entrega de resultados V5, Procedimiento recepción Call Center, Procedimiento solicitud de Historias Clínicas, procedimiento de información imágenes diagnósticas, se encuentra aprobado y socializado la Guía de atención al usuario, y se encuentra en actualización el manual de asignación de citas por el Call Center para ser aprobado y socializado.

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 2025 del subproceso de SIAU, lo cual no se evidencia seguimiento periódico.

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 se evidenció el Plan de Participación ciudadana en todas sus etapas ciclo PHVA. Aprobado mediante acto administrativo N°012 del 2025.

Así mismo se ha realizado seguimiento cuatrimestral de las actividades contempladas en el plan <https://hospitaldelsarare.gov.co/participa/participa-2.html>

Se identifica icono de transparencia y acceso a la información en la página web en la cual enruta hacia la información de rendición de cuentas. <https://hospitaldelsarare.gov.co/rendicion-de-cuentas.html>

v/rendicion-de-cuentas.html

#### **RENDICIÓN DE CUENTAS**

##### **VIGENCIA 2024**

- DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024
- INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024
- REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024
- INFORME DE EVALUACIÓN DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024
- ACTA AUDIENCIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2024
- LINK DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

##### **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 RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022
- DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022
- INFORME EVALUACIÓN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022
- ACTA AUDIENCIA RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2022

##### **VIGENCIA 2021**

- ACTA DE RENDICIÓN DE CUENTAS
- SOPORTE DE INVITACIONES DE RENDICIÓN DE CUENTAS
- INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS
- DIAGNÓSTICO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021
- REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021
- INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE RENDICIÓN DE CUENTAS

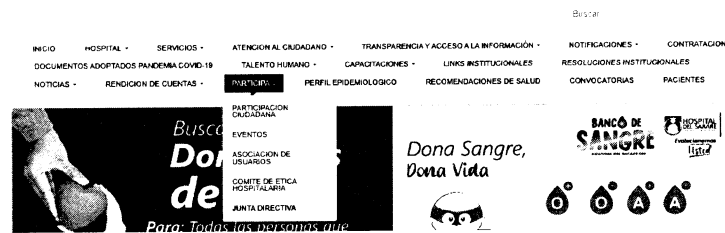
##### **VIGENCIA 2020**

- 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 1
- INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020 PARTE 2
- REGLAMENTO RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2020

##### **VIGENCIA 2019**

- INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2019

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:** se evidencia información organizada y actualizada de las elecciones de los representantes de la junta directiva.

<https://hospitaldelsarare.gov.co/participa/participa-eventos-3.html>

<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.



### RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

Se evidencia información de tramites Institucionales <https://hospitaldelsarare.gov.co/atencion-al-ciudadano/tramites.html> pero se requiere revisar los canales de comunicación de líneas telefónicas ya que se evidencian líneas asignadas al subproceso pero no se ubican en la pagina web.



**Función Pública | suit**

PANFURI YENNY CAROLINA SUAREZ (YSUAREZ115)

☐ Administración ☒ Racionalización ☐ Cadenas de Trámites ☐ MIS cuenta

Opciones de menú:

**Priorización** **Seguimiento** **Racionalizados**

Verifique y seleccione de las opciones habilitadas para su entidad, cuáles de las variables externas y/o internas debe contemplar para priorizar cada uno de los trámites u otros procedimientos administrativos, que le permitan establecer criterios de racionalización, de aquellos que son de mayor impacto para la ciudadanía y la gestión de su entidad. De clic en el botón "Calcular" y solamente seleccione los que va a incluir en la estrategia de racionalización (se recomiendan sean los de mayor puntaje).

Periodo: 2025

☐ Planes de desarrollo ☐ Ciudadanía ☐ Institución ☐ Análisis Entidad ☐ Otros Lineamientos ☐ Racionalización ☒ Priorización

Ver: ☒ Exportar a Excel ☐ Separar

| Datos del trámite |        |                                                             | Priorización |                        |
|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| Tipo              | Número | Nombre                                                      | Estado       | Resultado priorización |
|                   | 16395  | Asignación de cita para la prestación de servicios en salud | Inscrito     | 30                     |
|                   | 16378  | Atención inicial de urgencia                                | Inscrito     | 21                     |
|                   | 30315  | Certificado de defunción por muerte natural                 | Inscrito     | 18                     |
|                   | 16371  | Historia clínica                                            | Inscrito     | 14                     |
|                   | 33633  | Terapia                                                     | Inscrito     | 10                     |
|                   | 16399  | Examen de laboratorio clínico                               | Inscrito     | 9                      |
|                   |        | Radiología e imágenes diagnósticas                          | En creación  | 6                      |

Total registros: 7

Se evidencia registro de actualización de tramites en el SUIT y se realiza su respectivo reporte de seguimiento de manera trimestral. Allí se encuentra un tramite en proceso de creación Radiología e imágenes diagnosticas el cual amerita su revisión para terminar de crear o eliminar.

### Autodiagnóstico y Plan de acción:

De acuerdo al autodiagnóstico se evidencia lo siguiente faltante:

- No se evidencia diligenciamiento del autodiagnóstico de política racionalización de tramites.
- No cuenta con información documentada del plan de acción de la política racionalización de tramites.

### 3.2.3 Política Servicio al ciudadano

De acuerdo al autodiagnóstico se evidencia lo siguiente faltante:

- 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.
- No se evidencia autodiagnóstico diligenciado de la política de servicio al ciudadano
- Incluir para cada vigencia en el plan de capacitación lo relacionado a la política de servicio al ciudadano.
- Realizar el manual de o procedimiento para atención a personas con discapacidad auditiva.

### 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 2025

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 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 ha 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.

#### **INFORME Y SEGUIMIENTO DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA**

##### **VIGENCIA 2018**

- INFORME SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

<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, está a cargo de Gestión de las TICS, lo cual no se evidencia avance en la publicación de los datos abiertos en la plataforma del MinTic, en el marco de la Auditoria el 20 de octubre se radico comunicación desde Control interno a gestión de las TICS con el fin de dar cumplimiento a los requisitos normativos.
- No se evidencia actualización del Esquema de Publicación de Información el cual es un instrumento para informar a la ciudadanía sobre la información que publican de forma proactiva, según lo establece la Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

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>  
[https://hospitaldelsarare.gov.co/images/TRANSPARENCIAYACCESOALAINFORMACION/GESTIONDEINFORMACIONPUBLICA/ESQUEMA\\_GESTI\\_INFOR/ESQUEMA-PUBLICACION-DE-LA-INFORMAICON.pdf](https://hospitaldelsarare.gov.co/images/TRANSPARENCIAYACCESOALAINFORMACION/GESTIONDEINFORMACIONPUBLICA/ESQUEMA_GESTI_INFOR/ESQUEMA-PUBLICACION-DE-LA-INFORMAICON.pdf)

## GESTIÓN DE INFORMACIÓN PÚBLICA

- MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
- POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
- RESOLUCIÓN 324 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 PGO
- 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 SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA
- FORMULARIO DE CONTACTO PARA LA RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

- No se evidencio bases de datos abiertos en sitio web [www.datos.gov.co](http://www.datos.gov.co)
- Se realiza verificación de las líneas telefónicas que cuenta el proceso de SIAU.

Con base al reporte de líneas telefónicas las cuales están incluidas en el plan de pago, se realizó revisión en dos aspectos:

- Funcionalidad de la línea: se realizó llamada en un día hábil en horario laboral y no fue posible comunicación con las líneas telefónicas.

| TELÉFONO   | RESPONSABLE                            | AREA O RESPONSABLE                     | VERIFICACIÓN USO DE LINEA |
|------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------|
| 3184885192 | SIAU SATISFACCION AL USUARIO ENCUESTAS | ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO 1 | NO CONTESTA               |
| 3174040233 | SONIA RODRIGUEZ                        | ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO 2 | NO CONTESTA               |



|            |                            |                                              |                                             |
|------------|----------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 3174373449 | DIANA ZAPATA               | SIAU- APOYO<br>USUARIOS                      | APAGADO<br><i>Se oculto a DR. con datos</i> |
| 3176574298 | DIANA ZAPATA               | COORDINACION<br>SIAU- ATENCION AL<br>USUARIO | NO CONTESTA                                 |
| 3176575216 | SIAU ENTREGA DE PATOLOGIAS | SIAU VENTANILLA                              | NO CONTESTA                                 |

➤ Publicación de líneas telefónicas en página web:

Se verificó en la página web institucional [Hospitaldelsarare.gov.co](https://hospitaldelsarare.gov.co) en el micrositio tramites y micrositio entrega de resultados, y solo se evidenció la línea telefónica 3176574298 y la línea telefónica fija call center opción 6. Por lo cual es necesario acción correctiva para las demás líneas telefónicas.

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

Saravena 19 de septiembre de 2024  
TRD 313.28.114

**Señores:**  
USUARIOS Y ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS DE  
SALUD (EAPB) DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA Y BOYACA

**Asunto:** Socialización De Actualización Del Directorio Telefónico Y De Correos Electrónicos  
Del Hospital Del Sarare Eae

Con el fin de mantener una comunicación efectiva y eficaz para la adecuada prestación de los servicios y transmisión de información, El Hospital del Sarare E.S.E se permite dar a conocer a las Entidades Administradoras De Planes De Beneficios De Salud (EAPB) Del Departamento De Arauca Y Boyacá, los números de líneas telefónicas y correos electrónicos actualizados en la vigencia 2024, los cuales se encuentran asignados en las diferentes dependencias, y así mismo se resalta la importancia de dar a conocer a sus afiliados.

| DEPENDENCIA                                          | SEDE A (PRINCIPAL)      |               |                | CORREO ELECTRÓNICO                       |
|------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|----------------|------------------------------------------|
|                                                      | LÍNEA FIJA              | LÍNEA CELULAR | LÍNEA WHATSAPP |                                          |
| Unidad de Correspondencia (Área Administrativa)      | -                       | -             | -              | correspondencia@hospitaldelsarare.gov.co |
| Oficina de Jurídica                                  | -                       | -             | -              | juridica@hospitaldelsarare@gmail.com     |
| Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) | 807-8859868<br>Opción 8 | 3176574298    | -              | siausarare@gmail.com                     |

<https://hospitaldelsarare.gov.co/atencion-al-ciudadano/directorio.html>

**Exámenes de  
Laboratorio Clínico que  
REQUIEREN AYUNO**

- Colesterol HDL
- Colesterol Total
- Colesterol LDL
- Triglicéridos
- Glucosa en Ayunas
- Glucosa Pre y Post Carga
- Glucosa Pre y Post Prandial
- Curva de Tolerancia a la Glucosa
- Test de O'Sullivan
- Pruebas de la muestra debe ser tomada con un mínimo de 2 a 3 horas después que el paciente haya despertado

- Los exámenes especializados o remitidos para el laboratorio de referencia, realizar verificación de las condiciones en el siguiente link o escanear el código

<https://saludplus.hugobonaccini.com/Public/Parafisica>

1. Dirección de impresión:  
2. Dirección al nombre del examen en el buscador:  
3. Dirección a Condiciones del paciente para saber si el examen requiere o no ayuno.



La institución ha venido realizando gestiones del cambio para el mejoramiento en la prestación de los servicios, por lo anterior es importante actualizar los datos del paciente como: Dirección, correo electrónico y número de teléfono para implementar la creación de usuario y contraseña en nuestro sistema Dinámica Web para pacientes <https://pacientes.gov.co> aceptando los términos y condiciones de tratamiento de datos, donde usted podrá acceder al historial clínico, ordenes médicas, descargar todos los resultados de laboratorio clínico y consultar el historial de citas asignadas; esto con el fin de facilitar al usuario información correspondiente a las atenciones recibidas en la E.S.E Hospital del Sarare.

Contamos con otros medios para que los usuarios puedan solicitar sus resultados de estudios o ayudas diagnósticas cumpliendo los requisitos establecidos por la institución bajo la normatividad vigente.

Ante cualquier inquietud, usted puede comunicarse a nuestra línea de Atención al Usuario 807-8859868 Opción 6.



<https://hospitaldelsarare.gov.co/atencion-al-ciudadano/entrega-de-resultados.html>

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.pdf](https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/generales/terminos_condiciones_de_uso_sdp.pdf).

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, de l
- 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**

Se realizó verificación del Tramite PQRSF en el ciclo PHVA, a continuación, se presentan los resultados.

| <b>CRITERIO</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>VERIFICACIÓN</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 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.                                                                                                                                  | CUMPLE              |
| La entidad informó a los ciudadanos los mecanismos a través de los cuales pueden hacer seguimiento a sus peticiones.                                                                                                                      | 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: <ul style="list-style-type: none"><li>- El reconocimiento de un derecho fundamental</li><li>- Peticiones presentadas por menores de edad</li></ul> | CUMPLE              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| - Peticiones presentadas por periodistas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| 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<br>- Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad<br>- Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública<br>- Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles | CUMPLE |
| La Oficina de Control realiza un informe semestral sobre el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de la dependencia de servicio al ciudadano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE |

#### **4.2 Asignación de citas**

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

Se encuentra en documentación la Guía de asignación de citas con articulación con las lideres de SIAU, Calidad y Call Center.

En revisión de los informes de PQRS de la vigencia 2024 y 2025 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, 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, por lo cual la entidad debe velar para que toda entrega de historia clínica se realice a través de SIAU, excepcionalmente cuando dan salida en los servicios de hospitalización y urgencia.

Pero este registro se realiza la custodia de información a través de gestión documental y se realiza su

reporte en el FUID documentos electrónicos.

#### **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 remititorio 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 2025 sede principal



**Fuente:** apertura buzón 2025 sede Principal

Se desarrolla cronograma de apertura, cada 8 día lo realiza SIAU y remite actas de apertura al correo [controlinternohsarare@gmail.com](mailto:controlinternohsarare@gmail.com) y cada 15 días se realiza la apertura con acompañamiento de Control interno.

Se realiza seguimiento en la oportunidad de las respuestas.

Es necesario generar una articulación con correspondencia para las PQR recibidas a través de este medio, para determinar lineamientos en los responsables para generar la respuesta, los plazos y el control para seguimiento a la entrega de estas. Esta articulación es necesaria entre correspondencia, SIAU, Call center y subgerencia científica de esta manera cumplir los plazos normativos que da la Supersalud ya que, por ser Institución prestadora de servicios de salud, se tienen ciertas particularidades.

#### **4.4 Encuestas de satisfacción**

Se realizó cambio en el cuestionario aplicada a partir de agosto del 2025. En la que incluyeron preguntas específicas para cada especialidad. No tiene información documentada solo el formulario. La actual muestra corresponde a un total 479 distribuida entre los servicios con tabla de cantidades. Realizaron cambios en la encuesta, pero ahora se identifica dificultades para generar informes mensuales.

Las encuestas continúan siendo aplicadas telefónicamente y presencialmente, consolidadas para el indicador mensual de la Resolución 256 del 2016 y desde control interno se realiza seguimiento a los informes trimestrales de SIAU los cuales son publicados en la página web institucional y se genera desde control interno el informe semestral.

<https://hospitaldelsarare.gov.co/images/TRANSPARENCIAYACCESOALAINFORMACION/CONTROL/INFO-RME-PQRS--I-SEMESTRE-2025.pdf>

#### **4.6 Puntos de información**

Se aplicó un instrumento para cada funcionario asignado en los puntos SIAU, se evidencio personal de auxiliar de información, con claridad en la asignación de actividades y dotación (uniforme de traje de mayo con zapatos comidos)

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 logísticamente el servicio donde están asignados, gestionan los recursos, entregan fichas para turnos, manualmente.

Dentro de sus actividades rutinarias realizar socialización y educan a los usuarios en derechos y deberes, adecuado uso del buzón, actividades de PYP. No identifican actividades de implementación de la política de seguridad del paciente, no se indaga por el seguimiento al 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 desde la coordinación de SIAU, pero sin efectos positivos ya que en el tercer trimestre el número de quejas por atención de información se aumentó.

Esto se relaciona más hacia la aptitud y actitud de los funcionarios y no hacia la falta de conocimientos o información, pues se evidenció contar con información clara y actualizada para orientar a los usuarios, pero la forma de comunicarlo no es adecuada. Desde la ESE, teniendo en cuenta la información de SST

todos los funcionarios ubicados en puntos de información SIAU de los 6 informadores tres son reubicados quienes van en procesos que ameritó asignarlos a SIAU sin la debida formación, y de acuerdo a lo informado por la Coordinación se generan ofertas educativas y no quieren acceder a estos.

## 5. COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

- Se realizó verificación en la Intranet \\192.168.1.4\comites institucionales\07\_ COMITE ETICA HOSPITALARIA\2025
- Evidenciando Acto administrativo de conformación del Comité de Ética hospitalaria: Resolución 323 DEL 18/11/2024 donde se evidencia su conformación, funciones, vigencia, con una periodicidad de mínimo una vez al mes, evidenciando ocho actas de comité, el cual en el mes de junio y julio se unifico el acta ya que para el mes de junio no se realizó por falta de cuórum.

| ACTA No | FECHA      | MES           |
|---------|------------|---------------|
| 1       | 16/01/2025 | Enero         |
| 2       | 20/02/2025 | Febrero       |
| 3       | 27/03/2025 | Marzo         |
| 4       | 25/04/2025 | Abril         |
| 5       | 29/05/2025 | Mayo          |
| 6       | 14/07/2025 | Junio y Julio |
| 7       | 21/08/2025 | Agosto        |
| 8       | 25/09/2025 | Septiembre    |

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

## COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA

2021

- CIRCULAR 001 SOCIALIZACION CRONOGRAMA COMITE ETICA HOSPITALARIA
- DELEGADOS ALCALDIA AL COMITE ETICA HOSPITALARIA
- DELEGADOS ASUSALUPA AL COMITE ETICA HOSPITALARIA
- RESOLUCIÓN No262\_19\_11\_2021

**2024**

- REPRESENTANTE ASUSALUPA
- REPRESENTANTE DE LA ESE
- REPRESENTANTE COPACO
- RESOLUCIÓN 323 - COMITÉ DE ETICA

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:

-Se evidencia asistencias permanentes de los delegados del comité, lo cual se referencian en cada una de las actas.

### 6. FORTALEZAS

Coordinador del subproceso genera acciones permanentes de seguimiento, mejora y articulación con los demás subprocesos.

Se evidenció gran orden en los soportes físicos y digitales de PQRSF, así como en las solicitudes de historia clínica.

Se evidencio organización de los soportes entregados a tesorería.

Se evidenció cobertura con puntos de información en la sede principal, sede UNAP y sede C, estos puntos están estratégicamente ubicados.

Se evidenció mejora con la formulación e implementación del plan de participación ciudadana.

Se evidencia compromiso y disposición para resultados FURAG implementación políticas MIPG.

### 7. ASPECTOS POR MEJORAR / RECOMENDACIONES

#### Aspectos generales:

- Se debe documentar la caracterización del proceso con su respectivo, mapa de riesgos e indicadores.
- Aunque el subproceso no creo un plan de mejora se ha creado uno institucional desde control interno, el cual pueden articular para hacer su seguimiento. Si se evidenció cierre de dos

hallazgos de la auditoria anterior.

- Tener en cuenta que el subproceso de SIAU con sus acciones impacta en cuatro Políticas MIPG: Participación ciudadana en la gestión pública, Política MIPG Racionalización de tramites, Política MIPG Servicio al ciudadano, Política MIPG Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Por ende impacta en los resultados del FURAG el cual determina el desempeño institucional, por lo anterior se considera necesario que desde talento humano se revise el subproceso en cuanto al personal asignado, su formación, habilidades, cobertura incapacidades, vacaciones, además es el subproceso de cara con los usuarios, familia y comunidad teniendo en cuenta que según el reporte de talento humano el subproceso tiene asignado 16 funcionarios.
- Formular e implementar el programa de formación continua del equipo de trabajo en el marco del Plan de capacitación institucional de Talento humano para que cuente con la asignación de recursos por lo cual se recomienda comunicar a Talento humano la necesidad de formación. (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).
- Generar espacios de socialización con el equipo de trabajo de SIAU donde presente los resultados de los informes trimestrales de PQRSF.

**En cuanto a la Política Participación ciudadana** formular para la siguiente vigencia el plan, el cual es aprobado como plazo máximo al 31 de enero del 2026.

**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 de atención, apertura de nuevos servicios procedimientos, jornadas de atención en salud, para que SIAU sea ese facilitador de información por los diferentes canales informativos.

- SIAU es donde converge toda la información de tramites de la entidad, por lo cual todos los servicios y subprocesos deben remitir la información para que toda consulta por los usuarios sea atendida, acorde a lo anterior se recomienda a través de una comunicación u otro medio solicitar a los servicios información de los tramites ofertados para los usuarios.
- 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, se pueden apoyar con la información de partes interesadas publicada en el
- 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.
- Se requiere realizar el autodiagnóstico de la política de servicio 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 la información de costos de reproducción de la información y el esquema de publicación de información.

- No se evidenció publicación datos abiertos en el marco de la auditoria se remitió comunicación desde Control interno a gestión de las TICS solicitando dicha actividad.
- Se evidenciaron cinco líneas telefónicas móvil asignadas a SIAU y solo una de ellas están publicadas para atención al usuario. Se realizó verificación a través de llamadas y no fueron atendidas por lo cual se requiere verificar la necesidad de contar con estas, y promover la unificación de contactos solo hacia Call center, evitando dispersión de los canales de comunicación.

**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. Así mismo se recomienda finalizar la guía de asignación de citas para ser aprobada y socializada.

**Solicitud de historias clínicas:** en articulación con gestión de las TICS e imagen corporativa realizar campañas para promover en los usuarios el uso del módulo de historia clínica web para que dicho trámite sea 100% virtual.

**Apertura de buzón / PQRSF:** 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 PQRSF. Realizar seguimiento del estado físico de los buzones realizando oportunamente la reparación evitando riesgo de pérdida o extracción de formatos. Generar plan de mejora ya que en el informe trimestral de PQRS el servicio o subproceso que generó mayor número de

quejas fue el personal de información de SIAU por lo cual es urgente mejorar dicho aspecto que está generando afectación al usuario y su familia.

**Encuestas de satisfacción:** 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, auxiliares de información, administrativos, lo que no permite unificación de la presentación y fácil identificación del usuario.
- Es necesario documentar la Guía de Medición de Satisfacción del usuario, el cual deberá contener:
  1. Responsable de la medición
  2. Periodicidad de medición
  3. Metodología de aplicación de la encuesta de satisfacción
  4. Canales de atención
  5. Grupos focales

**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.

**Líneas telefónicas** institucionales: verificar el estado actual de uso, funcionamiento y necesidad. Los equipos móviles deben permanecer en la institución dedicado a actividades de la entidad por lo cual se solicita su seguimiento a su uso. Y evitar mayor número de líneas telefónicas, canalizar hacia call center.

## **8. NO CONFORMIDADES**

| No.                                                        | Descripción                                                                                                                                                                     | Requisito<br>NTC/ISO 9001:2000                                                       |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROCESO / SUBPROCESO SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO</b> |                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
| 1                                                          | El subproceso de SIAU no aporó 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<br>Ley 87 de 1993 |
| 2                                                          | Datos abiertos. Hallazgo remitido al subproceso de gestión de las tecnologías y sistemas de información.                                                                        | Ley 1712 de 2014                                                                     |



|   |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Documentar la metodología de medición de satisfacción del usuario ya que esta medida debe tener continuidad para comparar a través del tiempo si se ha mejorado o empeorado, y en cada caso tomar las medidas pertinentes.                                                 | Ley 1712 de 2014                                                                                                    |
| 4 | Generar plan de mejora ya que en el informe tercer trimestre de PQRS el servicio o subproceso que generó mayor número de quejas fue el personal de información de SIAU por lo cual es urgente mejorar dicho aspecto que está generando afectación al usuario y su familia. | Actividades contractuales definidas para el personal y vulneración al cumplimiento de los objetivos institucionales |

## 9. OBSERVACIONES

| No   | Descripción |
|------|-------------|
| ---- | -----       |

## 10. 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 efectué 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 Noviembre del año 2025.

## APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

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



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado

CODIGO

SEI-01-F06

REVISIÓN No.

1

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**

**FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA  
INTERNA**

*Evolucionamos pensando en usted*

TRD. 302.13.60

Página 28 de 28

**ANEXO – REGISTRO FOTOGRAFICO.**

