


Al contestar cite 202311100008121  
**\*202311100008121\***

Tunja, 28 abril del 2023

Doctor  
**GERMÁN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**  
Gerente  
**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**



**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**  
**GERENCIA**

Recibido por Nancy E  
Hora: 2:30 pm Día: 02  
Mes: Mayo Año: 2023

**Ref: INFORME FINAL PROCESO SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO**

Cordial Saludo Doctor,

En cumplimiento a la Ley 87/1993, y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto informe final de la auditoría realizada al Proceso SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, el cual fue socializado mediante informe preliminar en sala de juntas de la Subgerencia el día 13 de abril del 2023, de acuerdo a lo contemplado en la resolución 124 de 2019 y su modificatorio Resolución 327 de 2022.

Por los motivos anteriormente expuestos se debe presentar plan de mejoramiento dentro de los términos establecidos en el Procedimiento «Definición y seguimiento de planes de mejoramiento por proceso (código: OACI-PR-06)», 10 días hábiles siguientes a la recepción del informe que se cumple el día 16 de mayo del presente año para esto se debe diligenciar el en formato CA-F-12


Anexo Informe de la referencia.

**ATENTAMENTE**



**DIANA LIZBETH VARGAS GONZALEZ**  
Asesora Control Interno  
E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe 13 folios  
C.C Subgerencias de servicio de Salud y procesos intervinientes.

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>

## 1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

REPRESENTANTE LEGAL: DR. GERMÁN FRANCISCO PERTÚZ GONZÁLEZ  
SUBGERENTE: NELSON JOHANN ULLOA CALVO  
TIPO DE AUDITORIA: INTERNA DE GESTIÓN  
PROCESO/SISTEMA: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO  
LÍDER DEL PROCESO: TATIANA CAROLINA MENDOZA ROJAS

## 2. OBJETIVO GENERAL

Evaluar y verificar el cumplimiento normativo relacionado con el proceso Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

## 3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento normativo relacionado con la atención de las peticiones, quejas, reclamos, y denuncias (PQRSD).
- Corroborar la medición de la satisfacción de los usuarios de E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

## 4. ALCANCE

La auditoría contempla la verificación de cumplimiento de la normatividad aplicable, procedimientos, protocolos y demás documentación institucional que aplica para el Proceso de Sistemas de Información y Atención al Usuario. El periodo evaluado es el comprendido entre el 1° de julio del 2022 a 31 de enero del año 2023.

RESOLUCIÓN 194 DE 2018

«SIAU-PO-01» POLÍTICAS DE OPERACIÓN SIAU

«SIAU-M-01» INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

«SIAU-PT-01» PROTOCOLO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL HUSRT

«SIAU-PG-01» SEGUIMIENTO A EGRESOS

«SIAU-PR-10» EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

«CE-PR-02» ASIGNACIÓN DE CITAS

«SIAU-PR-11» ATENCIÓN A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD U OTRAS LIMITACIONES O CONDICIONES ESPECIALES

INFORME MENSUAL SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS 2022


INFORME TRIMESTRAL DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS 2022

## 5. EQUIPO AUDITOR

Auditor - Profesional Universitario / GUSTAVO MOLANO ROJAS

## 6. CRITERIOS DE AUDITORIA

- 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." En su artículo 76, al cual le fue derogado el inciso 4, mediante el decreto 019 de 2012 artículo 237.
- Ley 1437 de 2011 «Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.»

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>


- 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 Administrativo y de lo Contencioso Administrativo»
- Artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, modificado por el Artículo 73 de la Ley 2094 de 2021, salvo el Artículo 30 que continúa vigente hasta el del 28 de diciembre de 2023)» Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.»
- Ley 2080 de 2021 «Por medio de la cual se reforma el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo -ley 1437 de 2011- y se dictan otras disposiciones en materia de descongestión en los procesos que se tramitan ante la jurisdicción»
- Ley 962 de 2005, «Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos». artículo 6
- Decreto 2232 de 1995, «por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995 en materia de declaración de bienes y rentas e informe de actividad económica y así como el sistema de quejas y reclamos»
- Decreto 491 de 2020 «Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica» y derogatorio parcial ley 2207 de 2022
- Resolución 194 de 2018 «Por medio de la cual se deroga la resolución interna No. 075 de 2018, y se reglamenta el trámite interno de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
- Acuerdo 060 de 2001 «Por el cual se establecen las pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas»
- Manuales, procedimientos, formatos e indicadores aplicables al área de Cartera.  
Y demás normatividad aplicable

## 7. METODOLOGÍA

La auditoría se desarrollará a través de revisión y verificación de soportes documentales de acuerdo a los procesos y procedimientos establecidos para el área del Sistema de Información y Atención al Usuario, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Elaboración de matrices de análisis de información basado en los formatos, actas, y demás soportes allegados por el proceso como evidencia
- Obtención y análisis de las evidencias.
- Revisión documental.
- Revisión de información cargada en el Software DARUMA.
- Revisión de información contenida en los informes PQRS de III Y IV trimestre de 2022
- Revisión de información contenida en los informes de satisfacción, correspondiente a los meses de julio a diciembre de 2022
- Realizar verificación de soportes físicos y radicados en el sistema de gestión documental Orfeo de las PQRSD recibidas en la institución, durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 2022.
- Revisión documental de la trazabilidad de peticiones quejas reclamos sugerencias felicitaciones y denuncias.

Encuesta por medio de muestreo aleatorio simple a los usuarios Hospital San Rafael de Tunja

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>

## 8. CRONOGRAMA

Reunión de Apertura						Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	07	Mes	03	Año	2023	Desde	08/03/2023	Hasta	12/04/2023	Día	13	Mes	04	Año	2023	
							D / M / A		D / M / A							

## 9. RESUMEN EJECUTIVO

Mediante Resolución interna No 285 de 2.020, en la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se adoptó el mapa de procesos, estableciendo dentro del Macro proceso misional, el proceso de Sistemas de Información y Atención al Usuario, cuyo objetivo está definido a través de la caracterización SIAU-CART-01 denominado CARACTERIZACIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, y se menciona a continuación: «Brindar una atención Humanizada a los usuarios que acceden a los servicios de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, dando respuesta oportuna y con capacidad resolutoria a sus necesidades e inquietudes, mejorando de esta manera la salud y bienestar del paciente, mitigando el riesgo asociado a la atención»


La oficina de Control Interno de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, en su rol de evaluación y seguimiento contemplado en el Decreto 648 de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario único del Sector de la Función Pública", en su artículo 17, y de acuerdo al programa anual de auditorías para la vigencia 2023, está contemplada la auditorías al proceso de Sistema de información y atención al usuario (SIAU), realizando consulta y revisión documental como la registrada en el Software Daruma, plataforma ORFEO, además en la página web de la institución y análisis de información presentada por el proceso según solicitud del auditor, inspección visual, entre otros.

En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 artículo 76 y modificatorio (art. 237 decreto 019 de 2012) la Resolución No. 194 del 01 de octubre de 2018 por la cual se se reglamenta el trámite interno de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS) de la E.S.E. HUSRT y demás normas legales vigentes, la oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, realizó seguimiento al procedimiento de recepción, trámite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, relacionadas con la prestación de servicios de salud durante el segundo semestre de 2022, en concordancia con el objetivo y alcance enunciados; resultado de lo anterior, basados en la información suministrada por parte de las oficinas de SIAU y Jurídica se presenta el siguiente informe:

### 9.1. INTRODUCCIÓN

Se examino la información suministrada por el proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, y el auditor realizo un análisis con seguridad razonable de los siguientes temas:

#### 9.1.2. SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO REALIZADO POR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) Y LA OFICINA DE JURÍDICA Y DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS (PQRS) CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2022

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

El seguimiento las peticiones, quejas, reclamos y denuncias, recibidos en la entidad por los diferentes canales de comunicación dispuestos para tal fin, durante el periodo comprendido entre Julio y diciembre del año 2022.

- **TRAMITE DE PETICIONES Y DENUNCIAS**

Según la información entregada por el Proceso de Jurídica en el Informe mensual derechos de petición, en los cuales se debe contar con el radicado de Orfeo el objeto de la petición, fecha de derivación y contestación del servicio responsable de proyectar la respuesta, fecha de envío, recepción del documento y el cumplimiento del término legal del documento de salida. para el segundo semestre de 2022 la oficina jurídica reporto 170 derechos de petición recibidos y tramitados.

- **PETICIONES OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.**

Respecto a las peticiones referentes a copias de remisiones, según soportes presentados por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia en los meses de julio a diciembre de 2022, se recibió y tramito a través del sistema ORFEO un total de 39 peticiones. Las cuales fueron resueltas dentro de los términos establecidos de acuerdo con lo contenido en la resolución 194 de 2018 en su artículo 26 «peticiones de historias clínicas y remisiones»

- **TRAMITE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.**

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja estableció los diferentes canales de comunicación (canal electrónico, escrito, presencial), a través de los cuales las entidades, los servidores públicos y los ciudadanos presentan las diferentes PQRSD con relación a los servicios prestados, así mismo los buzones de sugerencias que se encuentran en los diferentes servicios y se realiza la apertura los miércoles de cada semana, en acompañamiento del personal asistencial de cada servicio o piso, los resultados de la apertura de buzones son tabulados y registrados en acta realizada por la oficina de información y atención al usuario. Este trámite está definido en el artículo 28 «Tramite de quejas, reclamos y sugerencias» de la resolución interna No 194 de 2018

De acuerdo con lo reportado por el proceso en la matriz SIAU-F-13, dentro del periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre de 2022, se recibieron un total de 54 quejas, discriminados según el medio de recepción de la siguiente forma: Por medio de buzón 45 quejas, en correspondencia 8 quejas, y 1 queja se recibió mediante correo electrónico.


- **OPORTUNIDAD EN RESPUESTA DE QUEJAS**

El proceso de SIAU, en conjunto con el área de jurídica, envían un informe mensual en cumplimiento de la resolución No. 194 de 2018 en su artículo 28 y sus resultados se presentan de acuerdo con lo descrito en el artículo 34, referente a la elaboración y presentación de informes mensuales a la gerencia de la institución.

- **OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A RECLAMOS**

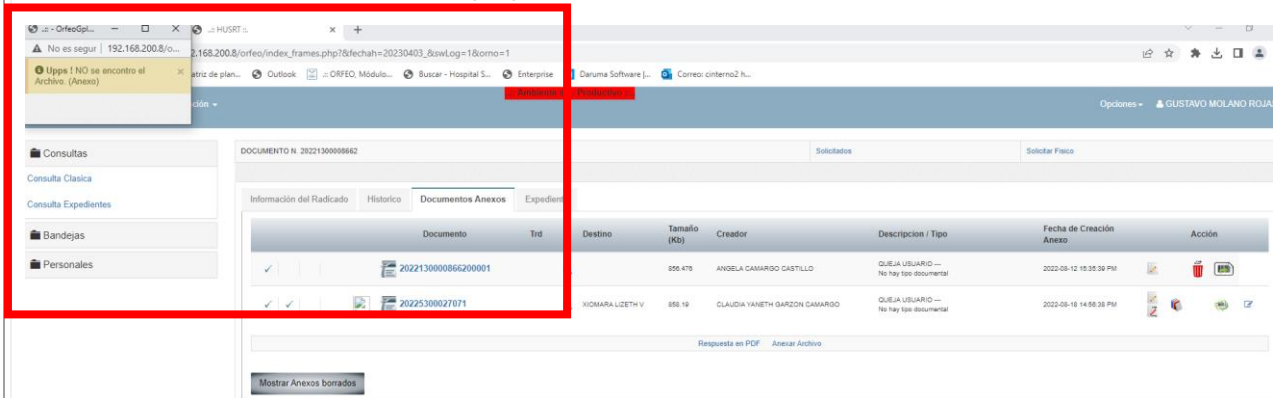
Teniendo en cuenta información suministrada por el Proceso de SIAU se evidencia que durante el segundo semestre de 2022 se recibieron un total de 109 reclamos, discriminados en la matriz SIAU-F-13 de la siguiente forma: Recibidos por medio de buzón 78, por e-mail 19, correspondencia 12. Así mismo se observa que al momento de su recepción, se remiten a la Oficina de radicación y correspondencia para que ésta proceda a la radicación y digitalización en el Sistema de Gestión Documental ORFEO.

Los datos registrados en la matriz SIAU-F-13 "Matriz de seguimiento de quejas y reclamos por servicio y atributo", y soportes físicos, nos permiten determinar que, los reclamos radicados con números: 20221300009262, 20221300009272, 20221300008342, 20221300008672, 20221300009912, 20221300010032, 20221300010062, 20221300010072, 20221300010102, 20221300010112, 20221300010402, 20221300010552, 20221300010562, 20221300010582 20221300013122, 20221300012812, 20221300012622, 20221300014402, 20221300013912,

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

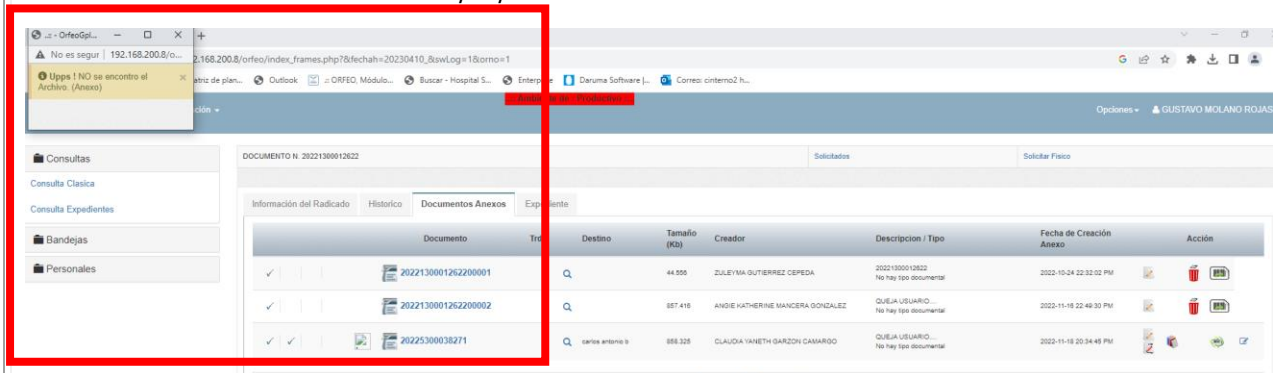
20221300014692 se le dio respuesta fuera del término establecido en la resolución 194 de 2018. Sin embargo, al realizar la verificación de los registros en el sistema ORFEO, no se pueden ver los documentos Anexos ni la imagen que se genera al realizar el reemplazo, tal como se evidencia en las siguientes imágenes.

Radicado No 20221300008662 del 18/07/2022



Documento	Trd	Destino	Tamaño (Kb)	Creador	Descripción / Tipo	Fecha de Creación Anexo	Acción
2022130000866200001			856.476	ANGELA CAMARDO CASTILLO	QUEJA USUARIO - No hay tipo documental	2022-08-12 10:35:30 PM	
2022130000866200002		XIMARA LUETH V	856.19	CLAUDIA YANETH GARZON CAMARDO	QUEJA USUARIO - No hay tipo documental	2022-08-18 14:56:38 PM	

Radicado No 20221300012622 de 11/10/2022




Documento	Trd	Destino	Tamaño (Kb)	Creador	Descripción / Tipo	Fecha de Creación Anexo	Acción
2022130001262200001			44.588	ZULEYMA GUTIERREZ CEPEDA	20221300012622 - No hay tipo documental	2022-10-24 12:32:02 PM	
2022130001262200002			387.416	ANDIE KATHERINE MANCERA GONZALEZ	QUEJA USUARIO - No hay tipo documental	2022-11-18 12:49:30 PM	
2022130001262200003		carlos antonio s	888.328	CLAUDIA YANETH GARZON CAMARDO	QUEJA USUARIO - No hay tipo documental	2022-11-18 20:34:49 PM	

El trámite que se debe dar a los reclamos este contenido lo referente a su radicación y trámite en el sistema documental Orfeo se describe en los artículos 25, 26, 27, 28 y 31, de la resolución 194 de 2018.

### • COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA

De acuerdo con la Resolución No 181 del 5 de mayo del 2022 por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, modificando la periodicidad del comité de ética hospitalaria, el cual será trimestral, además se deroga la resolución 049 del 16 de febrero del 2021.

De otra parte, la resolución 229 del 6 de junio del 2022 que deroga la resolución 133 del 04 de julio de 2017, y se actualiza el comité de ética hospitalaria de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, por la cual se normaliza, se establecen funciones, periodicidad y responsables del comité de ética hospitalario y de acuerdo a las actas entregadas por la oficina de SIAU, se presenta informe de las PQRSD recibidos en la institución en las sesiones realizadas.

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

Se evidencia la presentación de los informes de percepción de los usuarios, por parte de SIAU correspondientes a los meses de: julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre, lo mismo que los informes enviados por jurídica durante los mismos meses.

- **EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

La entidad tiene documentado el procedimiento SIAU-PR-10 "Evaluación de la satisfacción del usuario", actualizado el 12 de julio de 2022 (ajuste al código de formato de la encuesta de satisfacción al usuario), el cual tiene por objetivo evaluar la percepción sobre la calidad en la prestación de los servicios de usuarios que ingresan a la Institución, actividad que se adelanta mediante la aplicación de encuestas mensuales en los distintos servicios de la entidad.

### **9.1.3 POLÍTICA, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS, DEL PROCESO DE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) E INFORME SEMESTRAL DE CONTROL INTERNO**


La estructura documental del subproceso de sistema de información y atención al usuario, que se encuentra registrados en el software Daruma los siguientes documentos.

<b>POLÍTICA</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
SIAU-PO-01	POLÍTICAS DE OPERACIÓN SIAU

<b>MANUALES</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
SIAU-M-01	INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

<b>PROCEDIMIENTOS</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
SIAU-PR-02	TRAMITE Y RESPUESTA A MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD
SIAU-PR-05	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO
SIAU-PR-06	INFORMACIÓN AL USUARIO EN URGENCIAS
SIAU-PR-08	INFORMACIÓN AL USUARIO EN PROCESO DE GESTIÓN CLÍNICA
SIAU-PR-10	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

<b>FORMATOS</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
SIAU-F-01	SUGERENCIAS, QUEJAS Y FELICITACIONES
SIAU-F-02	RUTA ENTREGA DE INFORMACIÓN GESTION CLÍNICA
SIAU-F-11	RUTA ENTREGA INFORMACIÓN EN URGENCIAS
SIAU-F-13	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS POR SERVICIO Y POR FACTOR DE CALIDAD

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

SIAU-F-14	ENCUESTA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS- CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS
SIAU-F-18	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO
SIAU-F-22	DERECHOS Y DEBERES USUARIOS
SIAU-F-23	RUTA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN ÉTNICA Y CULTURAL
SIAU-F-24	RUTA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
SIAU-F-25	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS
SIAU-F-26	TRAZABILIDAD DE QUEJAS Y RECLAMOS


En el anterior listado muestra los 18 documentos que se encuentran registrados en el software Daruma. Se hace claridad que para la presente auditoria se tomaron los siguientes:

- Política SIAU-PO-01 (Políticas de operación siau).** El proceso de sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) dentro del sistema de Gestión de Calidad en el software Daruma, tiene documentado esta política, cuyo objeto es «El sistema de atención es una iniciativa diseñada para fortalecer la calidad de los servicios prestados en la institución, dando atención de manera oportuna ante las necesidades que puedan presentarse, brindando orientación clara, precisa y confiable». Esta política esta descrita en 7 numerales, en los cuales se describe como mediante el uso de mecanismos como la encuestas, sondeos o entrevistas con una periodicidad mensual, se busca medir la satisfacción de los usuarios, sus necesidades y expectativas, en relación con el servicio y calidad de este. Además, se realiza encuesta de satisfacción con la misma periodicidad (mensual) y todas las manifestaciones de inconformidad deben ser resueltas según los términos definidos en la resolución 194 de 2018. Así mismo y se indica dentro de este documento la elaboración de un informe de tramites de PQRS, que se debe entregar de forma mensual a gerencia con copia a subgerencia. En otro numeral indica que «al finalizar la atención en cada uno de los servicios, se aplicara una encuesta de satisfacción la cual evaluara la atención recibida por cada uno de nuestros usuarios.»
- Manual SIAU-M-01 (Información y atención al usuario)** Dentro de los documentos asociados al proceso, se encuentra este manual que tiene por objetivo «Brindar atención personalizada a los usuarios que acedan a los en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Dando respuesta con capacidad resolutive y oportuna a sus necesidades.», y para su operatividad se cuenta con el procedimiento SIAU-PR-10 y la política operativa, y para su evaluación cuenta con los siguientes indicadores

INDICADOR	UNIDAD
Tasa de Satisfacción en el Servicio de Consulta Externa y Servicios de Apoyo	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Adulto	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Pediátrica	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de UCI Neonatal	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de Salas de Cirugía	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de Hospitalización	Porcentaje
Tasa de Satisfacción en el Servicio de Urgencias	Porcentaje
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	Porcentaje
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Porcentaje
Como Califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS, Buena y Muy Buena	Numero
Quejas	Numero
Reclamos	Numero
Tiempo promedio de respuesta a quejas y reclamos de los usuarios	Porcentaje

Fuente: Software Daruma/SIAU-M-01/ Numeral 8. EVALUACIÓN



<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>

Este manual además presenta un listado de documentos soporte que se muestran a continuación.

- SIAU-PR-02 «Apertura de buzones»
- SIAU-PR-04 «Información al usuario en internación»
- SIAU-PR-05 «Información al usuario en urgencias»
- SIAU-PR-06 «Información al usuario en internación»
- SIAU-PR-10 «Evaluación de la satisfacción al usuario»
- SIAU-F-01 «Sugerencias, quejas y felicitaciones»

- **Procedimiento SIAU-PR-10 (Evaluación de la satisfacción del usuario)** Con el propósito de evaluar la satisfacción de nuestros usuarios que ingresan a la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja. este procesamiento cuenta con 7 actividades que van de desde la elaboración del instructivo, hasta la comunicación de resultados a partes interesadas, cada una de ellas cuenta con periodicidad definida y se ejecución se da mediante la aplicación del formato SIAU-F-25 «Encuesta de satisfacción a los usuarios»

## 9.2. ANÁLISIS DE RIESGOS

- **RIESGOS IDENTIFICADOS Y CONTROLES DEFINIDOS DE PROCESOS**


RIESGO	CONTROL	OBSERVACIÓN
Posibilidad de respuestas a quejas fuera de términos debido a la inoportunidad en la respuesta por parte de las áreas implicadas	El líder del proceso involucrado, así como el líder de la oficina de SIAU y jurídica deberán dar respuesta a la queja instaurada según el trámite y tiempos de acuerdo a la normatividad vigente	Se tiene riesgo identificado y cuenta con una probabilidad inherente «Media» al cual se le estableció control, se asignó responsable, y periodicidad, y documentado en la matriz SIAU-F-13 «seguimiento quejas y reclamos por servicio y por factor de calidad» e Indicador 446 «Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios»
Posibilidad de pérdida de credibilidad institucional por la insatisfacción del usuario en la atención	El equipo de SIAU mide la satisfacción según muestra definida en el instructivo SIAU-INS-01 y según lo indicado en el Procedimiento SIAU-PR-10 Evaluación de la Satisfacción del usuario, aplicando las encuestas de evaluación de satisfacción a los usuarios en formato SIAU-F-25	Riesgo identificado que cuenta con una probabilidad inherente «Alta» al cual se le estableció control, se asignó responsable, periodicidad y se encuentra definido y cuenta con la definición de evidencias para la ejecución del control a través de Muestra definida según instructivo SIAU-INS-01, Consolidado de encuestas en Excel e Informe mensual de satisfacción

Fuente: Matriz de Riesgo Institucional

- **EVIDENCIAS DE SU IMPLEMENTACIÓN.**

En el marco de la auditoria, se pudo establecer por parte del auditor que el proceso sistema de información y atención al usuario, establecido para la ejecución de sus controles acciones soportadas en:

- Muestra definida según instructivo SIAU-INS-01
- Consolidado de encuestas en Excel

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>

- Informe mensual de satisfacción
- Matriz SIAU-F-13 «seguimiento quejas y reclamos por servicio y por factor de calidad»
- Indicador 446 «Tiempo promedio de respuesta a quejas de los usuarios»

De acuerdo a la matriz de riesgos del proceso, se observó que aun cuando se tienen identificados los riesgos en relación a la insatisfacción del usuario en la atención y respuesta a quejas fuera de termino no se define riesgo peticiones y reclamos, adicionalmente es necesario fortalecer los controles teniendo en cuenta la alta probabilidad de materialización, en las PQRSD.

- **ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD PARA EVITAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.**

De acuerdo con la matriz de riesgos el sistema de información y atención al usuario, este cuenta con los controles establecidos, así como responsables asignados, periodicidad. Sin embargo, dentro la auditoria se verificará la efectividad del control

### **9.3. CONFORMIDAD**

#### **9.3.1. CUMPLIMIENTO EN LO RELACIONADO A RESPUESTA DE PETICIONES DE COPIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS**

##### **CRITERIO**

La resolución 194 de 2018 en su artículo 26 parágrafo 1 indica que «El tramite de solicitud de copias de historia clínica, no podrás superar un término mayor a (5) cinco días hábiles y si se trata de solicitudes de la misma naturaleza y de copias de remisiones por parte de pacientes hospitalizados, no podrá ser superior a (2) dos días hábiles».

##### **CONDICIÓN**


De acuerdo con la información entregada por la Oficina de Archivo de Historias Clínicas, y el análisis realizado por el equipo auditor, se evidencio que durante el segundo semestre de 2022 se recibieron un total de 1173 peticiones de historias clínicas, evidenciadas en la matriz enviada por dicha área, desde el momento en que se reciben, se da comienzo al proceso de envío a la oficina de radicación y correspondencia, para que allí se proceda a su radicación y digitalización en el Sistema de Gestión Documental ORFEO. El 100% de las peticiones tramitados se encuentran en cumplimiento de acuerdo con los términos de respuesta establecidos en la Resolución interna No. 194 de 2018 en su artículo 26. «*Peticiones de copias de historias clínicas y remisiones*»

### **9.4. NO CONFORMIDADES**

#### **9.4.1. FALTA DE CONTROLES Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) Y LA OFICINA JURÍDICA A LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS (PQRSD) CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2022.**

##### **CRITERIO**

Que los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de Colombia, señalan el derecho que toda persona tiene a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y obtener su pronta

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA:22/03/2023</b>

resolución, así como también el derecho a acceder a los documentos públicos requeridos, salvo aquellos que establezca la ley.

La ley 734 de 2002 en el numeral 19 del artículo 34, indica que es deber de los servidores públicos «Dictar los reglamentos o manuales de funciones de la entidad, así como los internos sobre el trámite del derecho de petición.»

De acuerdo con la ley 962 del 2005 en su artículo 6 inciso 3º dispone que «Toda persona podrá presentar peticiones, quejas, reclamaciones o recursos, mediante cualquier medio tecnológico o electrónico del cual dispongan las entidades y organismos de la Administración Pública»


Que según lo establecido en la 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.», en su artículo 76 advierte la creación de una oficina de quejas, sugerencias y reclamos, encargadas de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen y que se relacionen con con el cumplimiento de la misión de la entidad, en su artículo 14 define lo siguiente «**Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.** *Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción [...]» y también menciona las peticiones que estarán sometidas a término especial «[...] Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción[...]» y « Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.» además de lo contemplado en la resolución 194 de 2018 artículo 6 « Tramite oportuno», artículo 11 «Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones» y artículo 27 « tramite de peticiones y denuncias»*

La ley 1755 de 2015 estableció en su artículo 22 el deber que tienen las autoridades de reglamentar la tramitación interna de las peticiones que les corresponda resolver, así como también la forma de atender las quejas que garanticen el buen funcionamiento de de los servicios a su cargo.

Que mediante la expedición de la ley 1712 de 2014 «[...] se crea la ley de Transparencia y del Derecho a la información pública», cuyo objeto se encuentra en su artículo 1 «El objeto de la presente ley es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información»

Que en el decreto único reglamentario No. 1078 de 2015, del Sector de las tecnologías de la Información y las Comunicaciones, establece los lineamientos instrumentos y plazos para implementar la estrategia de Gobierno en línea, para de esta forma contribuir con la transparencia en la gestión pública, permitiendo la promoción de la participación ciudadana mediante el uso de los medios electrónicos.

En concordancia con la normatividad expuesta la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, expidió la resolución interna No. 194 de 2018 «Por medio de la cual se deroga la resolución interna No. 075 de 2018 y se reglamenta el trámite interno de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias y denuncias (PQRSD) en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja» en su título II «**TRAMITE INTERNO DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS**» artículo 24 « *Organización para el trámite interno y decisión de las PQRSD. De acuerdo con el artículo 22 de la ley 1755 de 2015, las autoridades reglamentaran la tramitación interna de las peticiones que le corresponda resolver, y la manera de atender las quejas, reclamos, sugerencias y denuncias para garantizar el buen funcionamiento de los servicios a su cargo»* y su artículo 25 «*Radicación y tramite de PQRSD. Los funcionarios y en general cualquier persona que preste servicios en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y que reciban directamente, vía fax, correo electrónico, o por cualquier otro medio una*

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

*petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia, deberá remitirla en físico de manera inmediata a la oficina de radicación y correspondencia, para que esta proceda a la radicación y digitalización en el sistema de gestión documental ORFEO, y posteriormente reasigne a la oficina correspondiente», además en el artículo 26 peticiones de historias clínicas y remisiones en su parágrafo 3 « La peticiones de expedición de copias de remisiones, serán recibidas y reasignadas por la oficina de radicación y correspondencia a través del sistema ORFEO, a la oficina de referencia y contra referencia quien será la encargada de dar trámite a la petición, proyectar respuesta de fondo, pasar para aprobación y firma de la subgerencia de servicios de salud y posterior envió por el medio más idóneo al peticionario de manera que satisfaga en tiempo las inquietudes que motivaron la solicitud»*

Es importante tener en cuenta que la ley 87 de 1993 en su artículo 6 define la responsabilidad del control interno: «El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos».

Adicionalmente el Jefe de Control Interno debe realizar un informe de evaluación independiente para su publicación cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, en cumplimiento del artículo 156 del Decreto 2106 de 2019 el cual contiene los siguientes componentes : Ambiente de control, Evaluación de riesgos, Actividades de control, Información y comunicación, Monitoreo en este último se encuentra el siguiente lineamiento 17.6 « Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad»

## CONDICIÓN


### a) **Derecho de petición fuera de termino e informe mensual PQRSD presentado extemporáneamente** (*Observación reiterativa*)

De acuerdo a información entregada por el Proceso de Jurídica, durante el segundo semestre de 2022 se presentaron 170 derechos de petición, de los cuales a 5 de estos se les dio respuesta fuera de términos, tal como ser muestra en la siguiente tabla. Incumpliendo con lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011 y la resolución interna 194 de 2018.

RADICADO ORFEO	FECHA DE RADICADO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
2022-29794	26/07/2022	RESPUESTA FUERA DE TERMINOS
2022-39614	9/10/2022	RESPUESTA FUERA DE TERMINOS
2022-43874	10/11/2022	RESPUESTA FUERA DE TERMINOS
2022-40674	19/10/2022	RESPUESTA FUERA DE TERMINOS
2022-50074	22/12/2022	RESPUESTA FUERA DE TERMINOS

**Fuente:** Matriz de peticiones y archivo físico Jurídica Julio-diciembre 2021

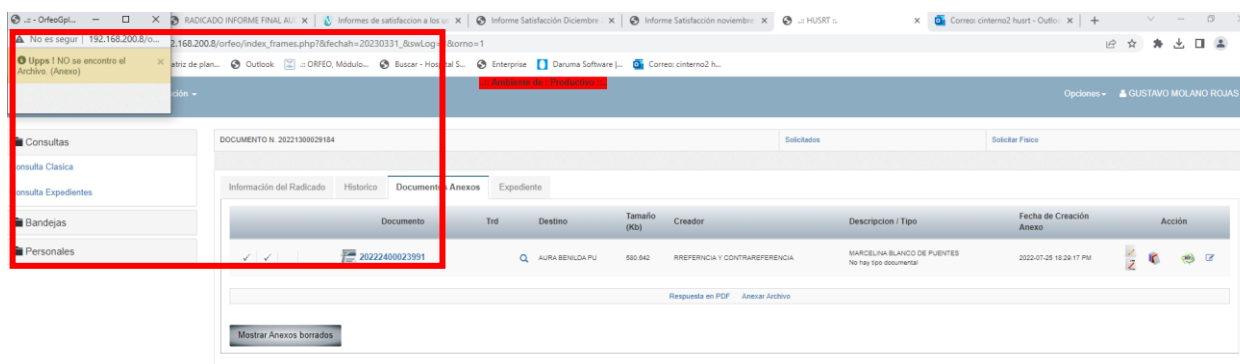
De otra parte y según reporte de la oficina jurídica Informe derecho de petición quejas reclamos y denuncias no se entregaron, dentro de los tiempos establecidos en la resolución 194 de 2018, título III, artículo 34. ***Esta observación es reiterativa.***

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

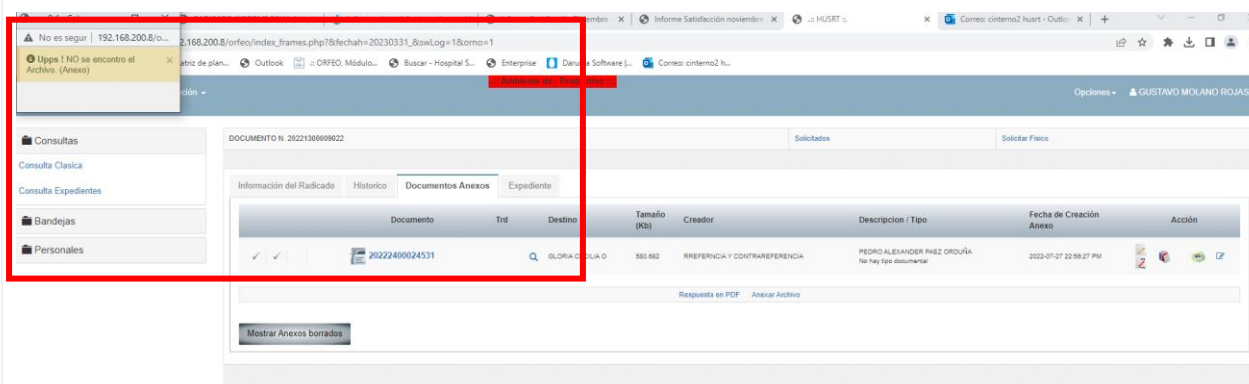
**b) Peticiones oficina de referencia y contrarreferencia (observación es reiterativa en diferentes informes de seguimiento a PQRSD emitidos por la oficina de control interno)**

Las peticiones realizadas a esta dependencia fueron resueltas dentro de los términos establecidos. Sin embargo, se presenta una observación reiterativa, tanto en la auditoría de 2018, como en cada uno de los informes de seguimiento semestral sobre quejas, sugerencias y reclamos, respecto a no realizar el reemplazo de las respuestas en el sistema ORFEO de las peticiones recibidas tal como se evidencia en las siguientes imágenes.

Radicado 20221300029184 del 21 de julio de 2022




Fuente: sistema ORFEO el HUSRT



Fuente: sistema ORFEO el HUSRT

**c) Extemporaneidad en la proyección de contestación a quejas y reclamo (observación reiterativa)**

Durante el segundo semestre de 2022 de acuerdo con la información presentada por el proceso de SIAU, en el formato SIAU-F-13 « Matriz de seguimiento de quejas y reclamos por servicio y factor de calidad» se presentaron un total de 163 quejas y reclamos. Al realizar el análisis se identificó que los servicios con mayor número de proyecciones de respuesta con extemporaneidad son: clínica quirúrgica (20), enfermería (20), urgencias (13) y, (8) Facturación como se observa en la siguiente tabla:

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

<b>INFORME -JURIDICA- DE EXTEMPORANEIDAD EN LA PROYECCIÓN DE CONTESTACIÓN A QUEJAS Y RECLAMOS DISCRIMINADOS POR SERVICIO II SEMESTRE DE 2022</b>							
SERVICIO/MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CLINICAS QUIRURGICAS	3	6	0	3	6	2	20
FACTURACIÓN	1	0	4	2	1	0	8
URGENCIAS	1	1	4	4	1	2	13
ENFERMERIA	6	5	0	1	5	3	20
INTERNACIÓN	2	0	0	0	0	0	2
ADMISIONES	2	0	0	0	0	0	2
TRABAJO SOCIAL	1	0	0	0	0	0	1
CITAS MEDICAS	4	0	0	0	0	0	4
TERCERIZADOS	0	0	1	2	1	0	4
ALIMENTACIÓN	0	0	1	0	0	0	1
IMAGENOLOGIA	0	0	1	0	0	0	1
EDUCACIÓN MEDICA	0	0	0	1	0	0	1
IMÁGENES DIAGNOSTICA	0	0	0	0	0	1	1
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	1	1
VIGILANCIA	1	2	0	1	0	1	5
<b>TOTAL</b>							<b>84</b>

Fuente: informe mensual derechos de petición, reclamos denuncias

En el segundo semestre de 2022 se presentaron en total 163 quejas y reclamos, de estos 84 equivalentes al 51.5 % presentaron extemporaneidad en la proyección de respuestas y el mayor porcentaje se presenta en los servicios de clínica quirúrgica y enfermería cada una con el 24% seguidas de urgencias con el 15%, facturación el 9%, vigilancia el 6% citas médicas y tercerizados con el 5% cada una como o las más representativas

#### d) **Fallas en el cargue de soportes de quejas en el sistema de gestión documental ORFEO**

Teniendo en cuenta que para el segundo semestre de 2022, se presentaron 54 quejas, el auditor realiza muestreo Aleatorio Simple que arrojó 17 radicados para analizar en el sistema ORFEO que se presentan a continuación: 20221300010892, 20221300011602, 20221300009512, 20221300010022, 20221300010032, 20221300010042, 20221300010052, 20221300010582, 20221300010592, 20221300010832, 20221300010842, 20221300010852, 20221300010892, 20221300011252, 20221300011292, 20221300011372, 20221300013732, para lo cual se realizó la verificación de cada uno de estos registros en el sistema ORFEO y se evidenció, que los documentos no son cargados al sistema o no se pueden visualizar tal como se observa en las siguientes imágenes:

Radicado 20221300010892 del 5 de julio de 2022

**CÓDIGO: OACI-F-16**

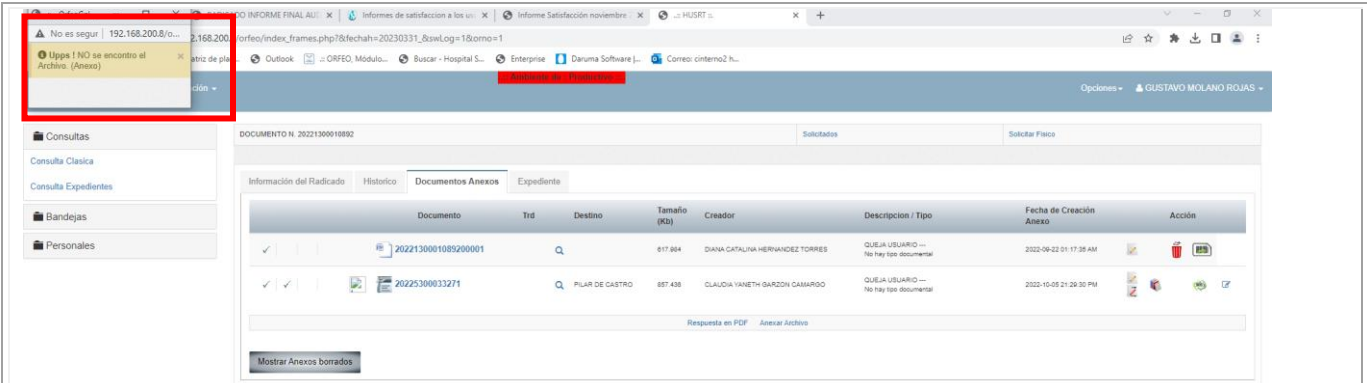
**ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**



**VERSIÓN: 02**

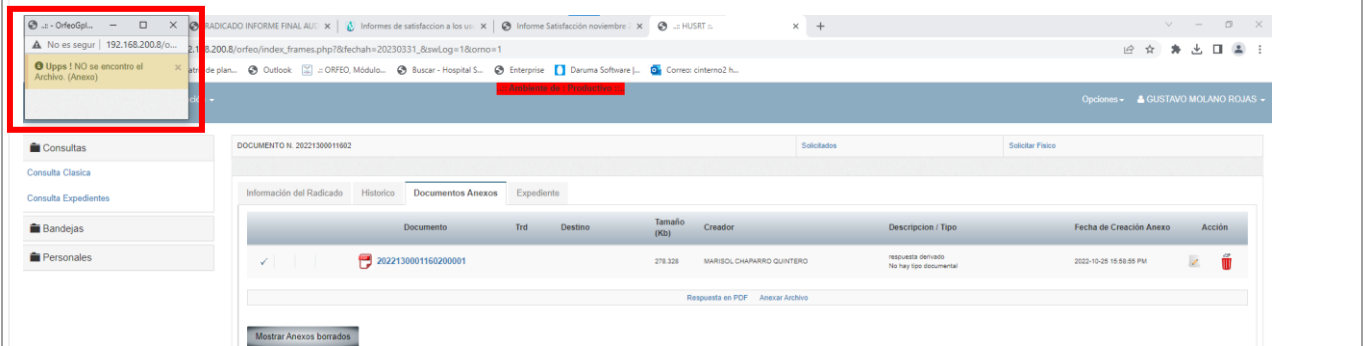
**INFORME FINAL DE AUDITORIA**

**FECHA: 22/03/2023**



Fuente sistema de gestión documental ORFEO, del HUSRT

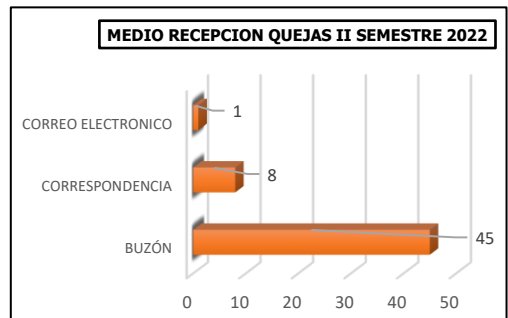
Radicado 20221300011602 xxxxx




Fuente sistema de gestión documental ORFEO, del HUSRT

**e) Desconocimiento de la existencia del buzón de quejas por parte de los usuarios.**

Según los datos reportados por la oficina de SIAU, para el segundo semestre de 2022, se atendieron 92.580, pacientes en los diferentes servicios de la institución, y se presentaron 54 quejas en ese mismo periodo de tiempo, de las cuales 45 equivalentes al 83% se recibieron por el buzón de PQSRD, 8 que representa el 15% por correspondencia y 1 por correo electrónico con el 2% tal como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: matriz SIAU-F-13 creación propia

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

El auditor realizó trabajo de campo aplicando una encuesta con el método (aleatoria simple), en los servicios ortopedia, ginecología y urgencias. A continuación, se presenta la ficha técnica de la encuesta y sus resultados:

Universo:

Usuarios de los servicios de: ortopedia 7 piso (19 pacientes), ginecología (12 pacientes) urgencias (122 pacientes)

Tamaño de la muestra: 44 personas

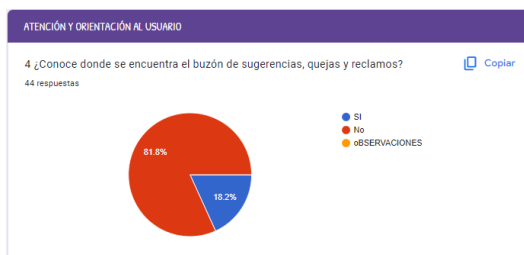
Técnica de recolección: Cuestionario electrónico

Fecha de recolección de la información: 24 de marzo de 2023 a 27 de marzo de 2023

Pregunta formulada para: Atención y orientación al usuario:

¿Conoce donde se encuentra el buzón de sugerencias, quejas y reclamos?

De los cuales se dieron los siguientes resultados:



Fuente: Encuesta Auditor


El 81.85 de las personas encuestadas de los diferentes servicios, manifestó no conoce la ubicación del buzón de sugerencias en el servicio que se encontraba, evidenciando la no aplicación de lo descrito en el manual «Información y atención al usuario» SIAU-M-01., en el numeral 7.3. «Información en los diferentes servicios» que describe la necesidad de dar a conocer la ubicación de los puntos de interés, entre los cuales se menciona el «[...]buzón de sugerencias[...]».

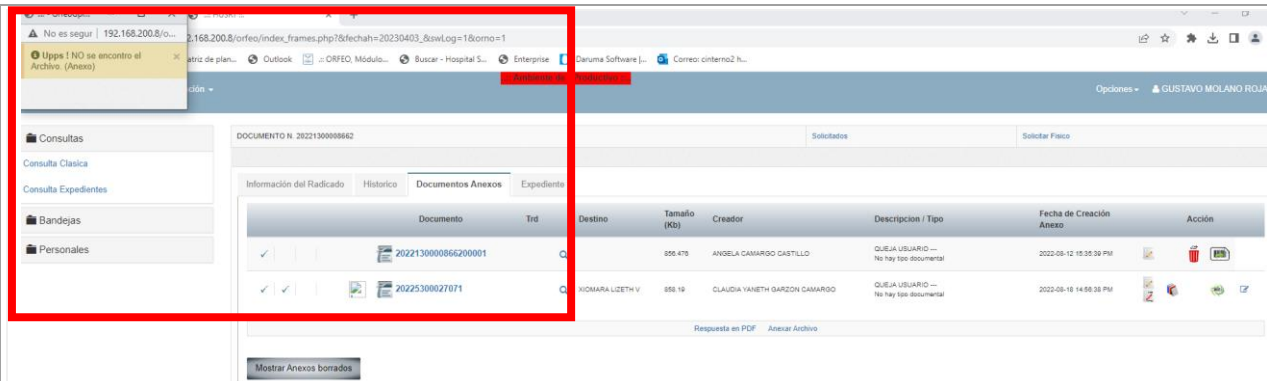
#### f) **falta de oportunidad en la respuesta a reclamos**

Los datos registrados en la matriz SIAU-F-13 "Matriz de seguimiento de quejas y reclamos por servicio y atributo", y soportes físicos, nos permiten determinar que, de los reclamos presentados durante el segundo semestre los radicados con numero: 20221300009262, 20221300009272, 20221300008342, 20221300008672, 20221300009912, 20221300010032, 20221300010062, 20221300010072, 20221300010102, 20221300010112, 20221300010402, 20221300010552, 20221300010562, 20221300010582, 20221300013122, 20221300012812, 20221300012622, 20221300014402, 20221300013912, 20221300014692, 20211300008672, se les dio respuesta fuera del término establecido en la resolución 194 de 2018. su artículo 28 «Trámite de quejas reclamos y sugerencias» se debe precisar que aun cuando en el sistema ORFEO, se encuentran los registros de las quejas y reclamos, al realizar la verificación de los registros en el sistema, no se pueden ver los documentos Anexos ni la imagen que se genera al realizar el reemplazo, tal como se evidencia en las siguientes imágenes.

Radicado No 20221300008662 de 21/07/2022



<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>



Fuente: sistema ORFEO del HUSRT

### g) Falta de controles para la mejora continua del sistema de control interno en lo referente a PQRSD

En el desarrollo de la auditoría se detectaron debilidades en relación de la primera línea de defensa «Respuesta extemporánea de peticiones, quejas y reclamos, desconocimiento del buzón de mensajes, inconsistencia en el sistema Orfeo en relación al manejo de sistema que soporta la gestión de la PQRSD, Carencia de autocontrol por parte de servidores y contratistas a cargo de las PQRSD, Inadecuada identificación de los riesgos asociados a la atención de PQRSD.

- **REPUESTA AUDITADO.**

No se presentó respuesta por parte del área auditada.

- **ANÁLISIS AUDITOR.**

El auditor determinó que, al no contar con objeción alguna por parte del proceso auditado, se mantiene la no conformidad.

#### CAUSA

- ✓ Desconocimiento del contenido de la resolución 194 de 2018.
- ✓ Debilidad en los controles que permitan verificar la información suministrada entre áreas.


#### EFFECTO

- ✓ Posibilidad de sanciones disciplinarias
- ✓ Posibles reprocesos en las etapas del trámite de las PQRSD.
- ✓ Posibilidad de Pérdida de credibilidad en la institución

### 9.4.2. POLÍTICA, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS, DEL PROCESO DE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU), DESACTUALIZADOS U OBSOLETOS.

#### CRITERIO

La ESE. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, cuenta con el proceso de Gestión QHSE, del cual se desprende el Sub-Proceso Gestión de Calidad cuyo objetivo es "Coordinar el diseño, implementación, y verificación del sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con lo establecido en el SOGC enmarcados bajo criterios de humanización, en salud, mejora continua, satisfacción en la prestación de los servicios y acciones de reducción,

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

mitigación y manejo del riesgo asociado a la atención”, este sub proceso de Gestión de Calidad dentro de sus documentos esta la “Norma Fundamental” con código: CA-M-00, que tiene como objetivo “Unificar la estructura documental que enmarca la codificación de los documentos del sistema de gestión de calidad de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja” y en su alcance “Aplica para toda la documentación del sistema de gestión de calidad de la ESE.

De acuerdo con lo anterior el proceso de sistema de Información y atención al usuario (SIAU), de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se encuentra operando bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, es así cómo los documentos que hacen parte del sistema de Gestión de la institución, manuales, procedimientos, formatos, entre otros, se convierten en los lineamientos que sirven como una guía fundamental de cualquier tarea que se lleve a cabo más de una vez, la cual debe ser documentada, ya que permite tener uniformidad y organización al momento de realizar controles, seguimientos, diseñar capacitaciones y evaluaciones al proceso, al igual que permite fortalecer la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

## CONDICIÓN

El auditor realizó verificación en la plataforma Daruma y se observó que los siguientes documentos presentan inconsistencias:

### a) SIAU-M-01 «INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO»


- ✓ Su marco legal aplicable se encuentra desactualizado.
- ✓ En el numeral 7.1 «Caracterización del proceso SIAU» se presenta como proceso estratégico.
- ✓ No se puede acceder a la resolución interna 285 del 1 de noviembre de 2013
- ✓ La tabla de indicadores que se presenta se encuentra desactualizada respecto a los indicadores registrados en Daruma.
- ✓ En la siguiente imagen se presentan los documentos que el manual tiene como «SOPORTE /ANEXOS»

10. DOCUMENTO SOPORTE /ANEXOS			
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> SIAU- PR - 02 APERTURA DE BUZONES  SIAU- PR - 04 INFORMACION AL USUARIO EN INTERNACION  SIAU- PR - 05 INFORMACION AL USUARIO EN URGENCIAS  SIAU- PR - 06 INFORMACION AL USUARIO EN INTERNACION  SIAU-PR-10 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO  SIAU-F-01 SUGERENCIAS, QUEJAS Y FELICITACIONES </div>			
11. BIBLIOGRAFÍA			
Evaluación de la Gestión Pública: herramienta para el ejercicio del control social. Guías del Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP-2008.			
Guía de Rendición de Cuentas de la Administración Pública a la Ciudadanía Departamento Administrativo de la Función Pública, septiembre de 2009.			
Guía para la inscripción y racionalización de trámites y servicios de la Administración Pública, Departamento Administrativo de la Función Pública, septiembre de 2010.			
Plan Nacional de Tecnologías de la Información y las comunicaciones 2008 – 2019, Ministerio de Comunicaciones, Mayo de 2008.			
12. CONTROL DE CAMBIOS			
CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	ELABORÓ	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
02		Tatiana Carolina Mendoza	Ajuste general al manual en normatividad, glosario, descripción e implementación

Fuente: SIAU-M-01 «INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO»

y al verificar en el software Daruma se encontró lo siguiente:

- ✓ SIAU-PR-02 «TRAMITE Y RESPUESTA A MANIFESTACIONES DE INCONFORMIDAD»
- ✓ SIAU-PR-04 «INFORMACIÓN AL USUARIO EN PROCESO DE GESTIÓN CLÍNICA»

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

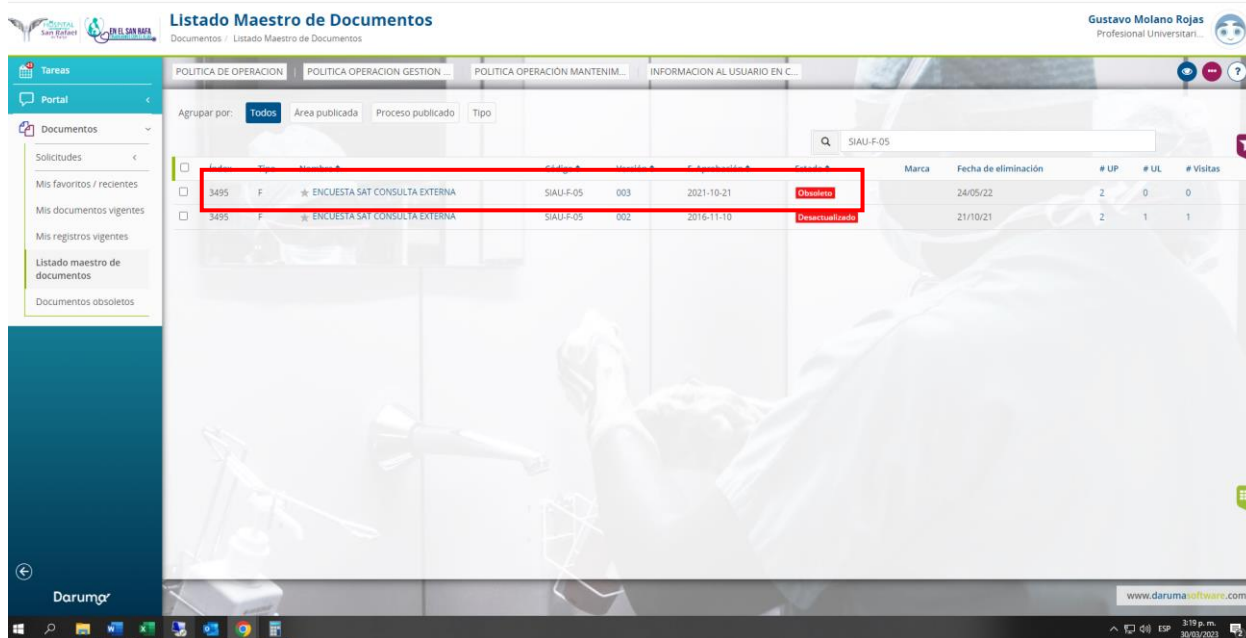
- ✓ SIAU-PR-06 «INFORMACIÓN AL USUARIO EN CONSULTA EXTERNA APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO»

**b) Procedimiento SIAU-PR-06 «Información al usuario en consulta externa apoyo diagnóstico y terapéutico»**

Al ingresar al software Daruma en el módulo documentos y buscar SIAU-PR-06, se observa formatos obsoletos y desactualizados, como se muestra en las siguientes imágenes:

RIESGOS		CONTROLES	
Inadecuada información para el trámite de asignación de citas y facturación de servicios ambulatorios.		Verificación de la información según criterios establecidos en auditoría de proceso	
presencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente		reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente CA-F-62	
Interrupción en la continuidad de la atención del paciente en la Modalidad extramural-Jornada de salud		Presentación de reporte a la EAPB de los pacientes atendidos en la Modalidad extramural Formato	
		Seguimiento a pacientes atendidos	
DOCUMENTOS SOPORTE			
Procedimiento SIAU-PR-11. Atención a población con discapacidad u otras limitaciones o condiciones especiales.			
Procedimiento asignación de citas CE-PR-02			
SIAU-F-05 ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA			
SIAU-F-06 ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS DE IMAGENOLOGIA			
SIAU-F-07 ENCUESTA SATISFACCION USUARIOS DE LABORATORIO CLINICO			
Procedimiento asignación de citas Cod. CE-PR-02			
CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Elaboro	Descripción del cambio
0	03/04/2008	Tatiana C. Mendoza	Versión Original
1	16/02/2012	Tatiana C. Mendoza	Actualización del procedimiento en el nuevo formato, unificación con el procedimiento Atención de Quejas y Sugerencias
2	06/06/2013	Tatiana C. Mendoza	Revisión de las actividades y actualización de fechas de revisión.
3	15/04/2014	Tatiana C. Mendoza	Eliminar la actividad 8
4	04/05/2015	Tatiana C. Mendoza	Ajuste de la observación de la actividad 4, se elimina la actividad numero 6, se elimina la observación de la actividad 7
5	17/03/2017	Tatiana C. Mendoza	Ajuste a observaciones actividad 2, inclusión actividad 4
6	01/11/2018	Tatiana C. Mendoza	Revisión de actividades y actualización de procedimiento
7	05/04/2021	Maria Alejandra Caballero	Se anexa atención preferencial de pacientes en filas: Actividad N° 1 Se anexa observación N° 5 se elimina las actividades 6,1 - 6,2 - 6,3

Fuente: Software Daruma.



**Listado Maestro de Documentos**

Documentos / Listado Maestro de Documentos

Gustavo Molano Rojas  
Profesional Universitari...

Política de Operación | Política Operación Gestión | Política Operación Mantenim. | Información al Usuario en C.

Agrupar por: Todos | Área publicada | Proceso publicado | Tipo

Encuentra: SIAU-F-05


Marca	Fecha de eliminación	# UP	# UL	# Visitas
3495	24/05/22	2	0	0
3495	21/10/21	2	1	1

Daruma®

www.daruma.com

3:19 p. m.  
20/03/2023

Fuente: Software Daruma.

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>



**Listado Maestro de Documentos**  
Documentos / Listado Maestro de Documentos

Gustavo Molano Rojas  
Profesional Universitari...

Tareas Portal Documentos Solicitudes Mis favoritos / recientes Mis documentos vigentes Mis registros vigentes Listado maestro de documentos Documentos obsoletos

POLITICA DE OPERACION POLITICA OPERACION GESTION ... POLITICA OPERACION MANTENIM... INFORMACION AL USUARIO EN C...

Agrupar por: Todos Área publicada Proceso publicado Tipo

Q SIAU-F-06

Index	Tipo	Nombre	Código	Versión	F. Aprobación	Estado	Marca	Fecha de eliminación	# UP	# UL	# Visitas
3496	F	ENCUESTA SAT IMAGENOLOGIA	SIAU-F-06	003	2021-10-21	Obsoleto		24/05/22	2	0	0
3496	F	ENCUESTA SAT IMAGENOLOGIA	SIAU-F-06	002	2016-11-10	Desactualizado		21/10/21	2	2	3

Fuente: Software Daruma.



**Listado Maestro de Documentos**  
Documentos / Listado Maestro de Documentos

Gustavo Molano Rojas  
Profesional Universitari...

Tareas Portal Documentos Solicitudes Mis favoritos / recientes Mis documentos vigentes Mis registros vigentes Listado maestro de documentos Documentos obsoletos

POLITICA DE OPERACION POLITICA OPERACION GESTION ... POLITICA OPERACION MANTENIM... INFORMACION AL USUARIO EN C...

Agrupar por: Todos Área publicada Proceso publicado Tipo

Q SIAU-F-07

Index	Tipo	Nombre	Código	Versión	F. Aprobación	Estado	Marca	Fecha de eliminación	# UP	# UL	# Visitas
3497	F	ENCUESTA SAT LABORATORIO	SIAU-F-07	003	2021-10-22	Obsoleto		24/05/22	2	1	1
3497	F	ENCUESTA SAT LABORATORIO	SIAU-F-07	002	2016-11-10	Desactualizado		22/10/21	2	1	1

Fuente: Software Daruma.

**c) Procedimiento SIAU-PR-11 «Atención a población con discapacidad u otras limitaciones o condiciones especiales»**

Este procedimiento se encuentra desactualizado tal como se puede observar en la siguiente imagen.



**Listado Maestro de Documentos**  
Documentos / Listado Maestro de Documentos

Gustavo Molano Rojas  
Profesional Universitari...

Tareas Portal Documentos Solicitudes Mis favoritos / recientes Mis documentos vigentes Mis registros vigentes Listado maestro de documentos Documentos obsoletos


POLITICA DE OPERACION POLITICA OPERACION GESTION ... POLITICA OPERACION MANTENIM... INFORMACION AL USUARIO EN C...

Agrupar por: Todos Área publicada Proceso publicado Tipo

Q SIAU-PR-11

Index	Tipo	Nombre	Código	Versión	F. Aprobación	Estado	Marca	Fecha de eliminación	# UP	# UL	# Visitas
2682	PR	ATENCION A POBLACION CON DISCAPACIDAD U OTRAS LIMITACIONES O CONDICIONES ESPECIALES	SIAU-PR-11	004	2017-11-01	Desactualizado		19/03/21	3	3	3

Fuente: Software Daruma.

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

- **REPUESTA AUDITADO.**

No se presentó respuesta por parte del área auditada.

- **ANÁLISIS AUDITOR.**

El auditor determino que, al no contar con objeción alguna por parte del proceso auditado, se mantiene la no conformidad.

#### CAUSA

- Deficiencia en la estandarización documental del subproceso
- Baja adherencia al Sistema de Gestión Documental de la entidad

#### EFECTO

- Hallazgos reiterativos en auditorias.
- Posible pérdida de información producida por el sistema de información y atención al usuario.

### 9.4.3. INADECUADA FORMULACIÓN DE ENCUESTA PARA MEDIR LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN GLOBAL


#### CRITERIO

El proceso de sistema de información y atención al usuario, dentro de su estructura documental cuenta con el Procedimiento SIAU-PR-10 «Evaluación de la satisfacción del usuario» cuyo propósito es evaluar la satisfacción de los usuarios que ingresan a la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja. Este procesamiento cuenta con 7 actividades cada una de ellas tiene periodicidad definida y su ejecución se da mediante la aplicación del formato SIAU-F-25 «Encuesta de satisfacción a los usuarios». Los resultados de esta encuesta se ven reflejados en el informe mensual de satisfacción al usuario de acuerdo con él lo establecido en el artículo 34 resolución 194 del 2018

#### CONDICIÓN

De acuerdo con la información tomada del documento mensual «informe de satisfacción al usuario» que se publica en la página web del HURST y a la cual se puede acceder desde el link [Se tomó como referencia el nivel global de satisfacción de los siguientes servicios: urgencias, ortopedia y ginecología, así mismo se revisaron los siguientes atributos: Derechos y deberes, orientación al usuario, oportunidad, comodidad y satisfacción. Los cuales al ser contrastados con la encuesta realizada a estos servicios y los mismos atributos, arrojó los siguientes resultados:](https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/contenido.php?id=332&seccion=atencion-y-servicios-a-la-ciudadania&slug=informes-de-satisfaccion-a-los-usuarios, donde se observa una tasa de satisfacción global para el segundo semestre del 2022 en los mes de julio 82.12%, agosto 89.20%, septiembre 92.27%, octubre 91%, noviembre 93% y diciembre 96%. Se contrasto esta información con los datos producto de la encuesta realizada durante el desarrollo de la auditoria y que se muestran a continuación.</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

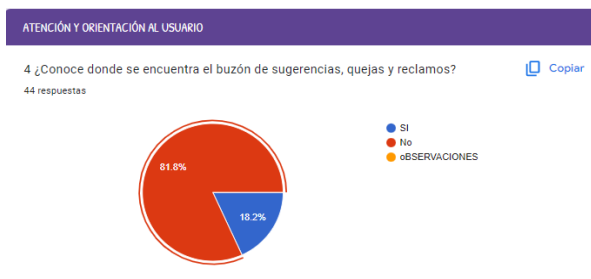
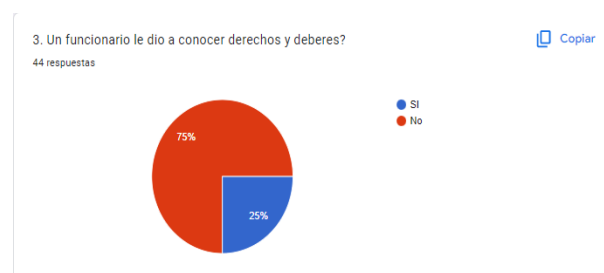
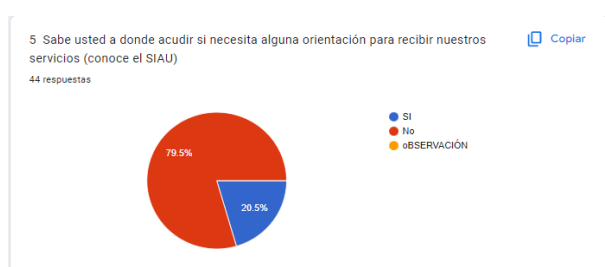
SERVICIO	ATRIBUTO	%	%PROMEDIO ENCUESTA OACI
URGENCIAS	DERECHOS Y DEBERES	100	57%
	ORIENTACIÓN AL USUARIO	99,4	19%

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>


	OPORTUNIDAD	95,6	34%
	COMODIDAD	85,6	80%
	SATISFACCIÓN	97,3	80%
<b>TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL URGENCIAS</b>		<b>95,58</b>	<b>54%</b>
ORTOPEDIA	DERECHOS Y DEBERES	70,4	31%
	ORIENTACIÓN AL USUARIO	79,9	8%
	OPORTUNIDAD	77,5	24%
	COMODIDAD	90,4	100%
	SATISFACCIÓN	97,3	100%
<b>TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ORTOPEDIA</b>		<b>83,1</b>	<b>53%</b>
GINECOLOGÍA	DERECHOS Y DEBERES	96,4	57%
	ORIENTACIÓN AL USUARIO	98,2	29%
	OPORTUNIDAD	99,4	0.0%
	COMODIDAD	92,2	85%
	SATISFACCIÓN	92,2	85%
<b>TASA E SATISFACCIÓN GLOBAL GINECOLOGÍA</b>		<b>97,24</b>	<b>51%</b>

Fuente: creación propia

De acuerdo con los datos obtenidos, a las preguntas ¿conoce usted sus derechos y deberes? (como usuario de la ESE HUSRT) el 52 % de las personas encuestadas en los servicios de Ortopedia, ginecología y urgencias, respondió no conocer estos derechos y deberes, y adicionalmente a la pregunta ¿Un funcionario le dio a conocer derechos y deberes? El 75% de las personas encuestadas mencionó no haber recibido esa indicación. Asimismo, en cuanto a las preguntas referentes al conocimiento por parte de los usuarios respecto a la ubicación del buzón de sugerencias quejas y reclamos, el 81.8% no tiene conocimiento de la existencia y/o ubicación de este buzón, y adicionalmente no el 79.9% de los encuestados no sabe dónde acudir en caso de necesitar servicios de SIAU Como se puede observar en las siguientes graficas:



Fuente: encuesta efectuadas por el equipo auditor.

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

#### d) Indicadores SIAU

##### Indicador 1716 «Tasa de satisfacción por servicio de urgencias»

Agrupar por: <b>Todos</b> Áreas relacionadas Procesos relacionados Tipo de indicador Área origen Proceso origen											
Q 1716											
Índex	Tipo	Nombre	Abr/Código	Versión	Fecha de vigencia	Estado	Tendencia	Meta nominal	Último valor capturado	Valor consolidado de datos mensual	
<input type="checkbox"/>	1716	PM	Tasa de Satisfacción en Servicio de urgencias (SIAU)	1716	1	2021-08-30 11:20:20	Activo	▲	80,00	96,75	96,75

##### Indicador 1714 «Tasa de satisfacción en hospitalización»

Agrupar por: <b>Todos</b> Áreas relacionadas Procesos relacionados Tipo de indicador Área origen Proceso origen											
Q 1714											
Índex	Tipo	Nombre	Abr/Código	Versión	Fecha de vigencia	Estado	Tendencia	Meta nominal	Último valor capturado	Valor consolidado de datos mensual	
<input type="checkbox"/>	1714	PM	Tasa de Satisfacción en Hospitalización (SIAU)	1714	1	2021-08-30 11:05:34	Activo	▲	80,00	100,00	100,00

Fuente software Daruma/modulo indicadores

Finalizado el análisis de las dos fuentes de información mencionadas se evidencia que:

- e) Los resultados de la encuesta realizada por el equipo auditor no coinciden con los emitidos por el proceso de SIAU
- f) De acuerdo con los resultados de la comparación se identifica razonablemente que la encuesta o la forma de efectuarla no produce datos reales que sirvan para la toma de decisiones en pro de una mejora continua en la prestación de los servicios
- g) Derivado de lo anterior, es necesario hacer seguimiento a las metas planteadas para los indicadores y adecuarlos a la realidad de la institución.

- **REPUESTA AUDITADO.**

No se presentó respuesta por parte del área auditada.

- **ANÁLISIS AUDITOR.**

El auditor determino que, al no contar con objeción alguna por parte del proceso auditado, se mantiene la no conformidad.

#### CAUSA


- Desconocimiento de las necesidades y expectativas reales de los usuarios respecto al servicio y la calidad el mismo.

#### EFFECTO

- Posible pérdida de credibilidad institucional
- Posible perdida de imagen Institucional

### 10. HALLAZGOS

**NO CONFORMIDAD.** Incumplimiento de un requisito del sistema o del proceso, sea este especificado o **no**. Se conoce como requisito una necesidad o expectativa establecida, generalmente explícita u obligatoria


<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

REQUISITO/NUMERAL	1. NO CONFORMIDAD
RESOLUCIÓN 194 de 2018	<p>9.4.1. FALTA DE CONTROLES Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU) Y LA OFICINA JURÍDICA A LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS (PQRSD) CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2022.</p> <p>a. Derecho de petición fuera de termino e informe mensual PQRSD presentado extemporáneamente (Observación reiterativa)</p> <p>b. Peticiones oficina de referencia y contrarreferencia (observación es reiterativa en diferentes informes de seguimiento a PQRSD emitidos por la oficina de control interno)</p> <p>c. Extemporaneidad en la proyección de contestación a quejas y reclamo (Reiterativo)</p> <p>d. Fallas en el cargue de soportes de quejas en el sistema de gestión documental ORFEO</p> <p>e. Desconocimiento de la existencia del buzón de quejas por parte de los usuarios.</p> <p>f. falta de oportunidad en la respuesta a reclamos</p> <p>g. Falta de controles para la mejora continua del sistema de control interno en lo referente a PQRSD</p>
REQUISITO/NUMERAL	2. NO CONFORMIDAD
CA-M-00 «NORMA FUNDAMENTAL»	<p>894.2. POLÍTICA, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y FORMATOS, DEL PROCESO DE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU), DESACTUALIZADOS U OBSOLETOS.</p> <p>a. SIAU-M-01 «INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO»</p> <p>b. Procedimiento SIAU-PR-06 «Información al usuario en consulta externa apoyo diagnóstico y terapéutico»</p> <p>c. Procedimiento SIAU-PR-11 «Atención a población con discapacidad u otras limitaciones o condiciones especiales»</p>
REQUISITO/NUMERAL	3. NO CONFORMIDAD
SIAU-PR-10 «Evaluación de la satisfacción del usuario» Resolución 194 DE 2018	<p>9.4.3. INADECUADA FORMULACIÓN DE ENCUESTA PARA MEDIR LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN GLOBAL.</p>

**OBSERVACIÓN:** Situación que potencialmente puede afectar al sistema o proceso como; oportunidades de mejora y riesgos para la calidad que pueden convertirse en no conformidades futuras o de cualquier otro detalle que haya observado el auditor y le parece relevante registrar.

## 11. OBSERVACIONES



<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

- En relación con lo dispuesto en la Resolución No 181 del 5 de mayo del 2022 «Por medio de la cual se ajusta la metodología y reglamenta el proceso de "Control y Monitoreo del Trabajo en Equipo" COMITÉ en la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja [...]» en su artículo 5 numeral 2 se presenta el cronograma y en el cual se observa que el comité de ética hospitalaria se reunirá de manera trimestral el segundo martes del mes a las 4:00 pm, reiterado en el artículo **cuarto** numeral 1 e la resolución 229 de junio de 2022.. Verificada la evidencia enviada por el proceso de SIAU (actas), se observa que la reunión del comité de ética médica, programada para el tercer trimestre del año, se llevó a cabo de manera ordinaria el dia 27 de diciembre (4 martes del mes) a las 3:00 pm. Sin tener en cuenta lo estipulado en las resoluciones mencionadas (resoluciones internas 181 y 229 de 2022). Por tanto, se debe dar cumplimiento a las reuniones de este comité de acuerdo al cronograma definido en la resolución.
- En el informe de seguimiento a PQRSD, para el primer semestre de 2022, se evidencio los vacíos existentes en la institución frente a lo dispuesto en el Acuerdo 060 de 2001 "Por el cual se establecen pautas para la administración de las comunicaciones oficiales en las entidades públicas y las privadas que cumplen funciones públicas". Y la necesidad de efectuar los tramites requeridos para la creación y puesta en funcionamiento de la ventanilla única. Por tanto, es necesario revisar lo actuado hasta la fecha en lo referente al tema.
- Se realizo verificación de lo dispuesto en la Ley 1437 de 2011 «*Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*» Artículo 7, numeral 5. «*Expedir, hacer visible y actualizar anualmente una carta de trato digno al usuario donde la respectiva autoridad especifique todos los derechos de los usuarios y los medios puestos a su disposición para garantizarlos efectivamente.*» y se evidencio que la institución no da cumplimiento a la misma, en el sentido que no se encontró la carta de trato digno al usuario, algo que se reflejó en la encuesta realizada por el auditor en la cual se observa el poco conocimiento que tienen los usuarios respecto a sus derechos y deberes, así como también de los medios para que se hagan efectivos.

<b>RESUMEN HALLAZGOS</b>	
<b>NO CONFORMIDAD</b>	<b>3</b>
<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>3</b>


## **12. FORTALEZAS**

- Talento humano comprometido con el objetivo del proceso y la institución
- Herramientas tecnológicas adecuadas para alcanzar los objetivos planteados.
- Se dio cumplimiento en lo relacionado a respuesta de peticiones de copias de historias clínicas

## **13. DEBILIDADES**

- Desconocimiento de la normatividad que regula los términos establecidos para dar respuesta a todas las manifestaciones de inconformidad.
- Deficiencias en el uso del sistema de gestión documental ORFEO y fallas en el mismo,
- Inexistencia de la ventanilla única.
- Las manifestaciones de Inconformidad no se están resolviendo en los términos establecidos según la resolución interna PQRSD

## **14. ALERTAS GENERADAS**

<b>CÓDIGO: OACI-F-16</b>	<b>ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</b>	
<b>VERSIÓN: 02</b>	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA</b>	<b>FECHA: 22/03/2023</b>

- Fallas en el sistema documental ORFEO
- Inoportunidad en el envío de proyecciones de respuesta por parte de las diferentes áreas.
- Posibilidad de materialización de los riesgos asociados al proceso
- Necesidad de que la institución formule la carta de trato digno al usuario de acuerdo con lo establecido en el artículo 7, numeral 5 de la Ley 1437 de 2011 «*Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*»
- Observaciones reiterativas en los informes de seguimiento de seguimiento desde la vigencia 2018
- Se deben identificar controles para abordar riesgos y oportunidades del proceso, es necesario realizar mesa de trabajo con la segunda línea (Coordinar de Riesgos) para evitar su materialización de riesgos.

## 15. CONCLUSIONES



MIPG define la política de Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a la entidad vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión, es por esta razón que la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, debe propender por fomentar la eficiencia, la eficacia, la calidad y la transparencia en la gestión pública, comenzando por la oportunidad en las respuestas a sus PQRSD.

El Sistema de Información y atención al Usuario como proceso estratégico de E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja, cuenta con recursos físicos, talento humano y tecnológicos para realizar el procedimiento de recepción, trámite y resolución de las manifestaciones presentadas por los usuarios de la entidad, acorde a la normatividad vigente y de la misión Institucional.

Sin embargo en el desarrollo de esta auditoria se llega a la conclusión de que se deben promover el uso eficiente del sistema de gestión documental ORFEO, como herramienta fundamental para agilizar el proceso de cada una de las PQRSD presentadas en la institución, y fortalecer las actividades de control por los funcionarios responsables, con el propósito de optimizar el proceso administrativo y así, brindar respuesta oportuna con capacidad resolutoria a las necesidades e inquietudes presentadas por los usuarios.

Así mismo, es importante se tengan en cuenta las no conformidades, observaciones, alertas de mejora presentadas en el Informe con el propósito de optimizar las actividades realizadas contribuyendo en el mejoramiento continuo de los procesos de la Institución.

**ANEXOS: FORMATO CORRELACIÓN HALLAZGOS-RIESGOS DEL PROCESO CODIGO: OACI-F-13**

Elaboró: Auditor Líder	 GUSTAVO MOLANO ROJAS	Fecha:	Día	Mes	Año
			28	04	2023
Aprobó: Asesor de Control Interno	 DIANA LIZBETH VARGAS GONZÁLEZ	Fecha:	28	04	2023