

Auditoria N° Fecha de la Auditoria:

Apertura de la Auditoria					Cierre de la Auditoria						
Día	30	Mes	11	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022

LIDER DE PROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO: SIAU - HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL**1. OBJETIVO**

Verificar el cumplimiento de la misión del SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO – SIAU.

2. ALCANCE

Evaluar cumplimiento de Manual de gestión y atención al Usuario –SIAU y Procedimiento para trámite y gestión de peticiones, quejas, reclamaciones, sugerencias, denuncias y felicitaciones PQRSD-F. La auditoría está orientada a evaluar el nivel de eficiencia, eficacia y oportunidad de los procesos del área.

3. CRITERIOS

- Manual de gestión y atención al Usuario –SIAU
- Procedimiento para trámite y gestión de peticiones, quejas, reclamaciones, sugerencias, denuncias y felicitaciones PQRSD-F

4. AUDITADO (S)

Diana patricia Cáceres Ortiz
Profesional SIAU - Hospital San Francisco de Fortul

5. EQUIPO AUDITOR

Sonia Jiseth González Villamizar | Profesional de Apoyo a Control Interno

6. INFORME DE VERIFICACION (RESUMEN EJECUTIVO)

Se desarrolla el proceso con el levantamiento de información mediante entrevista, aplicación de lista de chequeo, verificación y revisión de los criterios, a fin de mejorar los aspectos que nos permitan la mejora continua de los procesos o que afectan el normal desarrollo a los mismos.

Así mismo se apoyó el proceso de SIAU en cuanto a la relevancia de presentación oportuna de los informes mensuales con todos los soportes requeridos.

El proceso cuenta con el siguiente personal asignado:

Responsable: Diana patricia Cáceres Ortiz

Profesión: Psicóloga

Antigüedad en el cargo: (9) Nueve años

Tipo vinculación: Contrato de prestación de servicios profesionales

Función general: Psicóloga, con funciones de Profesional de SIAU y PIC

La responsable del proceso cuenta con conocimientos sobre los formatos de atención preferencial, conoce que es un formato nuevo, de igual forma tiene presente el procedimiento de PQRS y la actualización del manual de SIAU.

Se encuentra que el Manual de Gestión y Atención al Usuario, actualmente se le están realizando ajustes, se recomienda estar atenta a estos y proceder a su aplicación.

Se verifica informe mensual del mes de octubre del 2022, presentado a Coordinador SIAU de la sede administrativa, el cual debe contener los siguientes soportes:

- Acta de reunión de Asociación de Usuarios. Se encuentra al día el acta, se observa con fecha del 9/11/2022
- Acta de comité de Ética Hospitalaria, se encuentra al día, con fecha del 20/10/2022
- Acta de reunión de atención al usuario, se encuentra al día, con fecha del 20/10/2022
- Actas de apertura de buzón, 4 mensuales respectivamente, al día. Se realiza apertura de buzones los días viernes de cada semana, las cuales para el mes de octubre fueron 7-14-21-28
- Capacitación deberes y derechos de los usuarios: En el mes de octubre se capacitaron 111, pero en la matriz de reporte mensual se encuentran 180 siendo faltante evidenciar 69 personas capacitadas; así mismo se recomienda diligenciamiento de todas las casillas en el control de asistencia.
- Consolidado de PQRSF para el mes de octubre, manifiesta el profesional que se presentó una felicitación.
- Tabulación de satisfacción del usuario, actualizado.
- Matriz reporte mensual SIAU, se encuentra un error en la casilla de total usuarios capacitados en deberes y derechos, en el cual en los soportes de capacitaciones se evidencia la firma de 111 usuarios.
- Modelo plan de mejoramiento del mes, se encuentra al día.
- Registro fotográfico de capacitaciones funcionarios del mes de octubre, no se observan.
- Registro fotográfico de apertura de buzones, del mes de octubre, no se observan.
- Registro fotográfico capacitaciones usuarios. del mes de octubre, no se observan.
- Socialización a funcionarios sobre política de humanización, manual de usuarios y procedimiento de PQRS al día.

Se verifica fechas de envíos de informes a Coordinador SIAU sede Administrativa: Informe mes de octubre 2022: Se envió el 11 de noviembre 2022

7. FORTALEZAS

- Se da cumplimiento al tiempo de meta de respuesta a las PQRSDF ocho (8) días hábiles a partir de la fecha de radicación, según el Manual de gestión y atención al usuario.
- Se cuenta con Programa de Humanización, Decálogo de Humanización, Manual de Derechos y Deberes, manual de atención preferencial, procedimiento para trámites PQRS.
- Se cuenta con profesional con buena disposición al realizar la auditoria.
- Cuenta con la información mensual en las fechas establecidas por SIAU sede administrativa
- Realiza los comités que le pertenecen al proceso en fechas convenientes.
- Realiza apertura de buzón las 4 veces al mes.
- La responsable del área posee buen conocimiento de los manuales, decálogos y programas del proceso

8. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES

1. Capacitación deberes y derechos de los usuarios: En el mes de octubre se capacitaron 111, pero en la matriz de reporte mensual se encuentran 180, evidenciándose una faltante de 69 personas en el formato de capacitaciones; así mismo se recomienda diligenciar todas las casillas en el control de asistencia.
2. Matriz reporte mensual SIAU, se encuentra error en la casilla de total usuarios capacitados en deberes y derechos, en los soportes de capacitaciones se evidencia la firma de 111 usuarios.
3. Se recomienda en conjunto al Coordinador de SIAU sede administrativa finalizar la actualización del manual de sistemas de información y atención al usuario.
4. Dentro del Programa de Humanización se establece que el personal que cumplan con la humanización en la Red Hospitalaria de la ESE y realice su trabajo de una manera adecuada y satisfactoria, serán acreedores a la exaltación dentro del cuadro de honor de humanización. Se recomienda continuar dando cumplimiento a este importante punto y recordar constantemente a todo el personal el buen trato y servicio a los usuarios.

9. INCONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
1	Capacitación de deberes y derechos de los usuarios: En el mes de octubre se capacitaron 111, pero en la matriz de reporte mensual se encuentran 180, falta evidenciar 69 personas capacitadas; así mismo se recomienda diligenciar todas las casillas en el control de asistencia.	
2	Matriz reporte mensual SIAU, se encuentra error en la casilla de total usuarios capacitados en deberes y derechos, en los soportes de capacitaciones se evidencia la firma de 111 usuarios.	
3	Se recomienda en conjunto al Coordinador de SIAU sede administrativa, finalizar la actualización del manual de sistemas de información y atención al usuario.	
4	No se realiza anualmente en la primera semana del año por parte de SIAU la actualización de Ficha Estadística para determinar así las metas de cumplimiento en el año y por cada mes.	Manual de Gestión y Atención al Usuario –SIAU. Numeral 6.3.2.1 (Actualización de la muestra de Satisfacción)

10. OBSERVACIONES

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 responsable de proceso, que reciben la auditoria con proyección de mejorar su subproceso.

Se debe establecer un plan de mejoramiento, para el proceso, que establezca acciones que incluyan las recomendaciones y hallazgos de la auditoria. En cierre de auditoria se concertó con el líder del proceso y debe allegar el plan de mejora a través del correo electrónico institucional, a más tardar en 10 días hábiles, una vez firmado el presente informe.

Para constancia se acepta y se firma, informe final de auditoría, a los 19 días del mes de diciembre del año 2022

APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

Nombre Completo	Cargo	Firma
Harold Andrés Magurno Cisneros	Coordinador SIAU- Sede Administrativa	<i>Harold Magurno</i>
Diana patricia Cáceres Ortiz	Apoyo SIAU -Hospital San Francisco de Fortul	<i>Diana P. Cáceres O.</i>
Sonia Jiseth González Villamizar	Profesional de apoyo Control Interno	<i>Sonia González</i>

• CONTROL REVISION Y APROBACION DE DOCUMENTOS.

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
FIRMA:			
NOMBRE:	MARIA AMPARO VANEGAS	RUTH LEONORA DIAZ AYALA	WILDER ORTIZ BUENO
CARGO:	ASESORA CONTROL INTERNO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	GERENTE
FECHA:	01 de abril de 2022	01 de abril de 2022	01 de abril de 2022

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	15 de mayo de 2015	EMISION DEL DOCUMENTO
02	17 de junio de 2021	INCLUSION DE NUEVO LOGO INSTITUCIONAL
03	01 de abril de 2022	Cambio formato de Excel a Word, ajuste no conformidades y hallazgos, observaciones, firmas en aprobación del informe de auditoría.