

Auditoria N° Fecha de la Auditoria: 

Apertura de la Auditoria					Cierre de la Auditoria						
Día	01	Mes	12	Año	2022	Día	01	Mes	12	Año	2022

**LIDER DE PROCESO Y/O PROCESO, PROYECTO: SIAU - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO RONDON****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)**

Leidy Gisela Hernández Herrera  
Apoyo SIAU y Asignación de citas - Hospital San Juan de Dios, Puerto Rondón

**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: Leidy Gisela Hernández Herrera Profesional en

Contaduría Pública

Antigüedad en el cargo: un (1) mes

Tipo vinculación: Contrato de Prestación de Servicios Profesionales

Función general: Apoyo SIAU – Asignación de citas

Se hace la indagación respecto al Manual de Atención Preferencial, se observa que la responsable del proceso tiene conocimiento básico sobre este manual.

Se evidencia que falta apropiación del Procedimiento para Trámite y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamaciones, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones - PQRSD-F

Al indagar sobre el manual de SIAU, la responsable menciona que no conoce el manual, sin embargo, indica algunos aspectos del manual, que denota un conocimiento de actividades básicas de éste.

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

- Acta de reunión de Asociación de Usuarios: Se encuentra al día.
- Acta de comité de Ética Hospitalaria, se encuentra al día.
- Acta de reunión de atención al usuario, se encuentra al día
- Actas de apertura de buzón, 4 mensuales respectivamente, al día. Se realiza apertura de buzón los días viernes de cada semana. Los cuales para el mes de octubre son: 7-14-21-28
- Capacitación deberes y derechos de los usuarios. En el mes de octubre se capacitaron en los temas de Procedimiento de PQRS y lenguaje claro y sencillo; un total de 43 usuarios capacitados.
- Consolidado de PQRSF, para el mes de octubre, manifiesta el profesional apoyo que se presentó una felicitación para el personal asistencial.
- Tabulación de satisfacción del usuario, actualizado
- Matriz reporte mensual SIAU, Se encuentra error de digitación en la casilla de total usuarios capacitados en derechos y deberes, los cuales diligencia 58, mientras que en las actas de asistencia se observa un total de 43 firmas
- Modelo plan de mejoramiento del mes, hasta el momento no hay plan de mejoramiento.
- Registro fotográfico de capacitaciones funcionarios del mes de octubre, al día
- Registro fotográfico de apertura de buzón, al día.
- Registro fotográfico capacitaciones usuarios.
- Socialización procedimiento para trámites PQRS y ley de transparencia.

Se verifica fechas de envíos de informes a Coordinador SIAU sede Administrativa: Informe mes de octubre 2022: Se envió el 10 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.
- Cuenta con excelente disposición en la auditoria, facilitando la información requerida.

## **8. ASPECTOS POR MEJORAR/ RECOMENDACIONES**

1. 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.
2. Matriz reporte mensual SIAU, Se encuentra error de digitación en la casilla de total usuarios capacitados en derechos y deberes, los cuales digita 58, mientras que en las actas de asistencia se observa un total de 43 firmas. Se recomienda verificar información antes de enviar a sede administrativa.
3. Modelo plan de mejoramiento del mes, hasta el momento no hay plan de mejoramiento.
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.
5. Se recomienda mayor acompañamiento a los puntos de atención al usuario, para reducir quejas anteriores referentes a la no contestación de teléfonos y/o whatsapp de asignación de citas a usuarios.

**9. INCONFORMIDADES Y/O HALLAZGOS**

No.	Descripción	Requisito Normativo y/o de proceso
1	Matriz reporte mensual SIAU, Se encuentra error de digitación en la casilla de total usuarios capacitados en derechos y deberes, los cuales digita 58, mientras que en las actas de asistencia se observa un total de 43 firmas.	
2	Modelo plan de mejoramiento del mes, hasta el momento no hay plan de mejoramiento.	

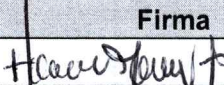
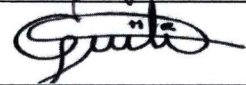
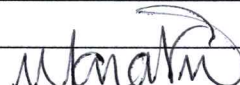
**10. OBSERVACIONES**

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 Maurno Cisneros	Coordinador SIAU- Sede Administrativa	
Leidy Gisela Hernández Herrera	Apoyo SIAU - Hospital San Juan de Dios	
Sonia Jiseth González Villamizar	Apoyo profesional Control Interno	
María Amparo Vanegas M.	Asesora Control Interno	