



## FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:	Versión: 01	Fecha: Agosto 05-2014	Página 1 de 2
---------	-------------	-----------------------	---------------

Bello, 10 de Noviembre de 2020.

PARA: Doctor DIEGO ALFONSO MONTOYA GRAJALES  
Gerente

Doctora  
PAULA ANDREA GONZALES  
Subgerente de Servicios de Salud

Doctor  
ALEJANDRO ALZATE  
Subgerente Administrativo y Financiero

DE: JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO  
Jefe de Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de Evaluación al Proceso de Participación  
Social y (PQRS) Vigencia 2020 Semestre I.

Cordial saludo.

Desde el Rol de Evaluación y Seguimiento que le confiere el Decreto 648 de 2017 a las Oficinas de Control Interno y en el entendido que la auditoría interna una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización y dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, me permito hacer entrega, vía correo oficial, del informe de evaluación a la oficina de atención al usuario y la atención de las PQRS de la entidad en la vigencia 2020 primer semestre.

Una vez en firme el informe de evaluación, se recomienda elaborar el Plan de Mejoramiento respectivo con las acciones de mejora correspondientes a los hallazgos detectados.

Esta Oficina queda a espera de disposiciones al respecto y disponible para acompañar las acciones de mejora correspondientes.

Atentamente,

**JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO**  
Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: Oficina de Control Interno	Revisó: Equipo de Calidad	Aprobó: Gerencia
Fecha:	Fecha:	Fecha:



## FORMATO PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

Código: Versión: 01 Fecha: Agosto 05 - 2014 Página 2 de 2

<b>Proceso, Procedimiento o Área a Auditar</b>	PROCEDIMIENTO TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS
<b>Objetivo del Proceso, Procedimiento O Área</b>	Tramitar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias manifestados por los usuarios de la E.S.E. BELLOSALUD.
<b>Responsable del Procedimiento Auditado</b>	DRA PAULA ANDREA GONZALES Subgerente de Servicios de Salud. DR ALEJANDRO ALZATE Subgerente Administrativo y Financiero
<b>Complemento de Auditoría</b>	Procedimiento de Archivo y Correspondencia Subgerencia Administrativa y Financiera

### OBJETIVO GENERAL DE LA AUDITORÍA

Verificar y evaluar la efectividad en el desempeño del Sistema de Información de Atención al Usuario por parte de la ESE BELLOSALUD durante el primer semestre de la vigencia 2020.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA AUDITORÍA

1. Realizar seguimiento constante a la oportunidad en la Respuesta de las PQRS instauradas a través de las oficinas de atención al usuario de la ESE Bellosalud.
2. Verificar el cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, en su artículo 76.
3. Verificar el cumplimiento en términos de eficacia y oportunidad de los derechos de petición instaurados en la ESE Bellosalud a través de la ventanilla única.

### ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría comprende la evaluación y verificación del cumplimiento de los procedimientos de, Trámite de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias, que comprenden las actividades del SIAU, por parte de la ESE BELLOSALUD, así como la verificación del cumplimiento en los trámites de respuesta, de los derechos de petición instaurados durante el segundo semestre de la vigencia 2019.

<b>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA</b>	1. Decreto 1757 de 1994 Modalidades y formas de participación ciudadana en la prestación de servicios de salud.
	2. Decreto 1876 de 1994
	3. Ley 1474 de 2011 Art. 76 Oficina de quejas, sugerencias y reclamos
	4. 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.
	5. 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
	6. Decreto 103 de 2015 se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014
	7. Ley 1437 de 2011
	8. Circular 008-2018 de la Supersalud

### INFORME DE DEBILIDADES DETECTADAS.

1. Se presenta incumplimiento reiterativo en la obligatoriedad de la disposición permanente de la oficina de atención al usuario en todas las sedes. Lo anterior se viene presentando desde la vigencia 2016, y se continúa con la debilidad en 2019 y 2020. Es importante tener claridad que ante la prestación de los servicios habilitados, es una obligatoriedad legal, que haya una oficina de atención al usuario, que comprenda la atención de las PQRS, entre otros servicios. Esta falencia es detectada en el seguimiento al proceso en el primer semestre de la vigencia 2019, sin que se haya subsanado en el segundo semestre.

Código:	Versión: 01	Fecha: Agosto 05 - 2014	Página 3 de 2
---------	-------------	-------------------------	---------------

2. Aunque se evidencia mejora con respecto a la evaluación del anterior semestre, dentro de la muestra seleccionada, se evidenció incumplimiento al usuario en las quejas tramitadas. Esto ocurrió con los registros Pr020-310, por no respuesta del proveedor COHAN, ante lo cual se debe cerrar el trámite con el usuario, debiendo notificarle la situación que no depende de la ESE. También con el registro R20-392, una queja instaurada en la sede Rosalpi, manifestada por supuesto maltrato por parte del médico y del cual no se pudo cerrar el trámite porque en versión del líder del SIAU, no se obtuvo respuesta por parte del líder médico del momento. Tal situación afecta la eficacia del proceso y expone a la ESE, a un riesgo de incumplimiento legal por no dar respuesta al usuario en los términos debidos.
3. Se evidenció mejoras en los trámites de respuesta a las PQRS, en lo relacionado a la eficacia en los trámites de todas éstas, superando debilidades observadas en auditorías anteriores y mejorando la oportunidad en los términos de respuesta.
4. A pesar de que en la página web, se encuentra disponible la opción, para que los usuarios manifiesten sus expresiones en forma virtual, dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011, artículo 76, no se genera un código de radicado a la PQRS, para que el usuario pueda realizar consulta sobre el estado en que se encuentra su expresión. Esta debilidad ha sido reiterativa en las evaluaciones anteriores sin que se haya subsanado, lo que manifiesta exposición al riesgo de incumplimiento legal, no solo de la Ley 1474 de 2011, sino además de la Ley 1712 de 2014, que obliga estos lineamientos en materia de transparencia y acceso a la información pública, articulada a la Política de Gobierno Digital del Decreto 1499 de 2017. Durante el primer semestre de 2020, se presentaron dificultades de no disponibilidad de la página web.
5. El Procedimiento documentado, no contempla los riesgos y los controles, tal como debe aplicarse en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, establecido por el Decreto 1499 de 2017. Esta debilidad es reiterativa en todas las auditorías internas realizadas.
6. Se registra de nuevo, debilidad observada en la vigencia 2019, con respecto a los Derechos de Petición y notificación de tutelas radicados a través de la ventanilla única, ya que se conservan y detectan los registros de entrada, pero no se lleva la trazabilidad de la eficacia y efectividad en los términos de respuesta. Al realizar verificación del procedimiento, no se establece ni se aplica política de operación o acción efectiva de control, que prevenga la materialización del riesgo de incumplimiento legal. Además se observa el desconocimiento de los usuarios destinatarios de las peticiones, ya que al darle trámite de respuesta, no utilizan el medio oficial de radicado de salida en gestión documental, evitando así implementar el punto de control, en contravía de la norma legal establecida en el Acuerdo 060 de 2001, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación.  
  
Siendo esta debilidad reiterativa en auditorías internas anteriores y observadas en auditoría regular de la Contraloría Local, se manifiesta desde la Oficina de Control Interno, un "CONTROL PREVENTIVO" para que se tomen las medidas correspondientes, que minimicen o eviten tal situación de riesgo.
7. De la muestra auditada, se presentan 2 quejas de usuario anónimo, cuyo trámite no indica la publicación en cartelera, por lo que no se puede evidenciar si se está agotando el procedimiento con el deber ser. Tal situación ocurrió con las quejas R20-388 y R20-75



## FORMATO PLAN DE AUDITORÍA INTERNA

Código: Versión: 01 Fecha: Agosto 05 - 2014 Página 4 de 2

### RECOMENDACIONES GENERALES DE LA AUDITORÍA

1. Se recomienda implementar las medidas en la administración y distribución de las funciones del personal, permitiendo que se preste el servicio de atención al usuario en todas las sedes con servicios habilitados, lo que podría realizarse, en la distribución de los fichos de turno de atención clasificados y la asignación de funcionarios que cumplan varias funciones al tiempo dependiendo de la demanda.
2. Ante el incumplimiento de la no disposición efectiva de un mecanismo para la atención de las PQRS de los usuarios a través de la página web, se sugiere tener en cuenta en la reactivación de la página web, para garantizar el cumplimiento y evitar así posibles sanciones por este riesgo.
3. Se recomienda implementar los controles efectivos en la administración de la correspondencia, para ejercer el control a la oportunidad en los términos de respuesta que permitan garantizar el cumplimiento del objetivo del procedimiento de distribución documental y del proceso de gestión documental, en los que se definan los indicadores de efectividad en los términos de respuestas, dando aplicabilidad al artículo 8° del Acuerdo 060 de 2001, expedido por el Consejo Directivo del Archivo General de la Nación y cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1755 de 2015.
4. Se recomienda intervenir los procedimientos y el recurso humano dedicado a la atención al usuario, en especial, en los servicios que aparecen con mayor participación en las expresiones; teniendo en cuenta, no solo las quejas instauradas, sino también las felicitaciones para realizar los posibles reconocimientos en aras de fortalecer y aplicar las directrices emitidas en la Circular 008 de 2018 de la Supersalud, en lo que respecta al trato digno y atención efectiva para el usuario y el sistema de estímulos.

Responsables	Nombre	Fecha	Firma
Elaboró:	JAVIER A. LÓPEZ RTPO Jefe Oficina de Control Interno.	31/10/2020	

Se agrega anexo de evaluación

## ANEXO DE EVALUACIÓN

### ESTADÍSTICAS

Dentro de la evaluación de las PQRS, durante el primer semestre de la vigencia 2020, se presentaron 71 expresiones, las cuales se distribuyen de la siguiente forma:

QUEJAS:                    \_\_\_ 51 \_\_\_      Para un      71.8%  
 FELICITACIONES:      \_\_\_ 19 \_\_\_      Para un      26.7%  
 SUGERENCIAS:        \_\_\_ 1 \_\_\_      Para un      1,4%

QUEJAS POR TRATO    \_\_\_ 11 \_\_\_      Para un 21.5% del total de las quejas

### DISTRIBUCIÓN DE LAS EXPRESIONES POR SEDE

SEDES	QUEJAS	FELICITACIONES	SUGERENCIAS	TOTAL
ROSALPI	32	8		40
ZAMORA		3		3
PARIS	4	4	1	9
MARUCHENGA	2	4		6
FONTIDUEÑO	1			1
PLAYA RICA	5			5
MIRADOR	3			3
OTRO (COHAN)	2			
<b>TOTALES</b>	<b>51</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>71</b>

### DISTRIBUCIÓN DE LAS FELICITACIONES POR SERVICIOS

SERVICIOS	FELICITACIONES	%
CAJA	2	10%
FARMACIA	3	15%
ODONTOLOGÍA	2	10%
P y P	1	5%
OTRO	3	15%
LABORATORIO	2	10%
CALL CENTER	1	5%
ATENCIÓN AL USUARIO	2	10%

CONSULTA EXTERNA	3	15%
<b>TOTALES</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

## DISTRIBUCIÓN DE LAS QUEJAS POR SERVICIOS

SEDES	QUEJAS	%
ATENCIÓN AL USUARIO	3	6%
CAJA	14	27%
CONSULTA EXTERNA	11	21%
FARMACIA	6	12%
OPTOMETRIA	2	4%
ODONTOLOGÍA	2	4%
LABORATORIO	3	6%
P y P	1	2%
VACUNACIÓN	2	4%
SISTEMAS	2	1,69%
ASEO EN BAÑOS	1	2%
DISPONIBILIDAD DE BAÑOS	1	2%
OTRO	4	8%
<b>TOTALES</b>	<b>51</b>	<b>100%</b>

## REFERENCIAS CON RESPECTO A LAS CIFRAS REFLEJADAS COMPARATIVA AL SEMESTRE ANTERIOR

Las expresiones disminuyeron considerablemente con respecto al semestre anterior, de 168, se redujo a 71

En la sede Rosalpi, las quejas representan el 80% de las expresiones y las felicitaciones representan el 20%

Las QUEJAS disminuyen en porcentaje de un 73,2% da un 71,8% con respecto al semestre anterior.

Del total de las 51 quejas, 11 se presentan por trato, lo que equivale al 21.5%

De las 11 quejas por trato, 4 de ellas son instauradas por el servicio de consulta externa y 2 por el servicio de caja o admisiones.

La mayor parte de las quejas son por accesibilidad, de un total de 51 quejas, 31 son por este concepto con participación de un 60.7%.

Código:

Versión: 01

Fecha: Agosto 05 - 2014

Página 7 de 2

Las quejas se concentran en un 48% en 2 servicios, como el de caja y consulta externa. Sin embargo, estos mismos servicios refieren en las felicitaciones, 2 en caja y 3 en consulta externa

En las expresiones de felicitaciones, se destaca en la sede PARIS, de 9 expresiones en el semestre, 4 son quejas, 4 son felicitaciones, y 1 sugerencia.

Se destaca en las expresiones de la sede Maruchenga, de un total de 6 expresiones, 2 son quejas y 4 son felicitaciones, 2 de ellas para el servicio de odontología, con el doctor Juan Carlos Arboleda.

El Indicador de Oportunidad en los trámites de respuesta de las quejas es de 4 días lo que denota mejora con respecto al semestre anterior, que estuvo en 6 días.

Evaluación realizada por:



JAVIER ANTONIO LÓPEZ RESTREPO.  
Jefe de Oficina de Control Interno.