

COMUNICACIÓN INTERNA

11 - 031

San José de Cúcuta, 10 de mayo de 2022

PARA: Dra. DORIS ANGARITA ACOSTA, Asesora de Planeación y Calidad

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado Auditoría Proceso Gestión de Información y Comunicación

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso Gestión de Información y Comunicación.

Respetuosamente solicito en término de ocho (8) días hábiles, el respectivo cargue en el aplicativo del Plan de Mejoramiento para su seguimiento.

Atentamente,

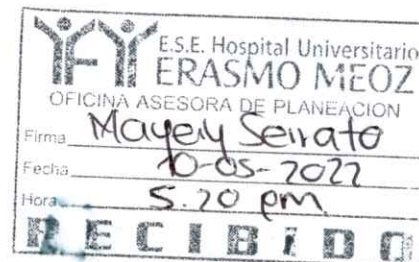


MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (10)


Proyecto: María Elida Lindarte

Revisó: Dr. Martin Eduardo Herrera



1. ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Proceso		Responsable del proceso	
GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		DORIS ANGARITA ACOSTA	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
03/03/2022	09/05/2022		PROGRAMADA
Auditores		Auditados	
JORGE BURGOS MONCADA		DORIS ANGARITA ACOSTA	
MARLENE COTAMO SALAZAR		OLFEN VILLAMIZAR SILVA	
		JEFETH YIONISETI PUERTAS	
		LUDWING SUÁREZ PATIÑO	
		MARISELA AREVALO A.	
		SERGIO ANDRES PATIÑO	
Objetivo general			
Determinar el grado de cumplimiento de los procedimientos establecidos en el área de Gestión de la Información y Comunicación generar las recomendaciones pertinentes, direccionando los hallazgos hacia la consecución de una mejora continua en el respectivo proceso, procedimientos, actividades y registros			
Alcance			
Revisión, inspección ocular a la documentación y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades que componen los Procedimientos del área de Información y comunicaciones, desde el 01 de Marzo del 2021 , hasta el 28 de Febrero del 2022.			
Metodología			
El seguimiento practicado se realizó tomando en cuenta los criterios de Auditoria, entrevistas e inspecciones oculares de la documentación los procedimientos, Manuales que conforman el proceso de Gestión de la Información y Comunicación, determinando las fortalezas y debilidades en el desarrollo y ejecución de las mismas y realizando su respectiva confrontación de donde se generaran las recomendaciones y acciones de mejora pertinentes basadas en los hallazgos.			
Criterios			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están determinados por: Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA – CGD) El Manual de procesos y procedimientos, el manual de funciones, código de ética, resoluciones internas, normatividad tanto interna como externa que afecte el proceso objeto de la evaluación. Resolución 4445/96 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título IV de la Ley 09 de 1979 y normatividad tanto interna como externa que afecten el proceso objeto de la evaluación, Ley estatutaria 1715 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, Decreto 1757 de 1994 por el cual se reglamenta las modalidades de participación social de la prestación de los servicios de salud. se crea la oficina de Atención al Cliente,			

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 2 de 20

(Aclarada por el Decreto Nacional 1616 de 1995), Circular 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud, en la respuesta oportuna y coherente tanto al usuario como a su familia y el Art. 55 ley 190 de 1995 referente al diligenciamiento en el formato para dar respuesta a un agradecimiento, sugerencia y/o queja., circular externa 0081 del 2007 del ministerio de la protección social sobre nuevo certificados de nacido vivo y defunción, Ley 594 de 2000 (ley General de archivos) acuerdo 008 de 2014 Archivo General de la Nación; Art. 20, 73 y ART. 20. 73 y 74 de la constitución política de Colombia " Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial y la de fundar medios masivos de comunicación

2. HALLAZGOS						
No	Descripción del hallazgo	procedimiento	C	NC	OB	Criterios de auditoria
01	El procedimiento fue ajustado cumpliendo con el plan de mejoramiento que tenía pendiente dos hallazgos: La Nota N°2, de la actividad N°5: definición de la logística por parte del solicitante y la actividad N°22 ya que desde el mes de enero de 2021 se comenzó a digitalizar las noticias generadas en medios de comunicación impresos con el fin de mantener una conservación de la noticia.	Procedimiento de Gestión de comunicaciones Institucionales	x			Manual de Procesos y Procedimientos
02	Se cumple con las tres actividades que se presentan en el procedimiento, se ajustó el nombre del procedimiento con base en la información de plataforma estratégica y necesidades de los ejes de acreditación; sin embargo se presenta observación con respecto a que una vez aprobado el plan de comunicaciones, no se debe socializar por las redes social.	Procedimiento de plan de comunicación Institucional			x	Manual de procesos y procedimientos (acción correctiva)
03	Durante el 2021 al igual que el 2020 este procedimiento que comprende el diseño y distribución de la revista SINERGIA no se desarrolló por concepto de pandemia. Se encuentra en estudio realizar 2 versiones	Procedimiento de Medios de Comunicación Institucionales – Revista Sinergia		x		Manual de procesos y procedimientos (acción correctiva)

	durante el 2022: Junio y Diciembre referente a investigaciones realizadas por los estudiantes, el cual será publicado en las plataformas digitales.				
04	El plan estratégico de comunicaciones (PECOS) cuyo objetivo es Consolidar las estrategias institucionales que garanticen el despliegue de las políticas, derechos y deberes de los usuarios, planes, programas, proyectos y actividades, generadas en la ESE HUEM; fue actualizado para el 2022.		x		
05	<p>REGISTRO MARCARIO: El centro hospitalario solicitó el registro de la marca "E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz" ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC).</p> <p>A través de la resolución 83953 del 31 de diciembre de 2021 bajo el expediente SD2021/0078526 se concedió el registro de marca "E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz". en la clase 11 de la Clasificación Internacional, durante 10 años. El hecho de contar con una marca registrada garantiza que se brinde seguridad jurídica y protección a la explotación de la misma, Por lo tanto es importante la vigilancia y control por parte de los Asesores, Líderes y Coordinadores del uso de la marca E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz por parte de sus colaboradores; igualmente, no está permitido hacer el uso de la misma sin su debido consentimiento por la oficina de prensa y comunicaciones.</p>		x		

06	Dentro del plan estratégico de comunicaciones (PECOS) en los canales de comunicación externa Numeral 6.10 no se evidencia el cumplimiento del numeral 6.10.6. Revista SINERGIA medio digital de órgano investigativo, académico y científico de la E.S.E HUEM la cual circula anualmente con un aproximado de 60 páginas.			x	Plan Estratégico de comunicaciones (acción correctiva)
07	En el área de prensa se evidencio. Fallas en la infraestructura; no es la indicada para realizar actividades de grabación, audio y video., en razón que se requiere de cabina cerrada, para que no interfiera el ruido; de igual manera se encuentran solo dos cámaras, sin batería de repuesto y no cubre las necesidades del personal de Prensa.			X	Manual de procesos y procedimientos (acción preventiva)
08	<u>Indicadores:</u> Se evidencia el cumplimiento de los indicadores 860, 852 y 1288; sin embargo se presenta observación no se anexan los soportes respectivos; revisar y ajustar el nombre del indicador según las siglas de este último.			X	Indicadores
09	<u>Indicadores:</u> se requiere revisar el indicador 852 (solicitudes de apoyo en comunicaciones realizadas de los procesos), ya que incluye la misma información que el indicador 860 (cantidades de tipos de piezas solicitadas para comunicar información); Siendo que este insumo muestra la misma información y por ende el mismo análisis.			x	Indicadores
10	<u>Indicadores:</u> Bajo inspección ocular, se observa que el indicador 862, referente a impacto en el desarrollo de campañas de comunicación, se mantuvo en cero			x	Indicadores

	obteniendo una calificación de malo, no se soporta a la fecha la gestión de este indicador.					
11	Se evidencia el cumplimiento de la actualización y desactivación de usuarios, sin embargo presenta observación con relación al no diligenciamiento del formato IC-FO-013, ni el escaneo del mismo una vez resuelto la solicitud.	Procedimiento de actualización y desactivación de usuarios			X	Manual de procesos y procedimientos (acción preventiva)
12	Tras la verificación documental del procedimiento la actividad N°8 se evidencia no cumplimiento, ya que el usuario solicitante lo realiza mediante formato físico que requiere la firma del jefe inmediato y del colaborador.	Procedimiento de actualización y desactivación de usuarios		x		Manual de procesos y procedimientos (acción correctiva)
13	se realizan las copias de seguridad,, sin embargo se evidencia observación con respecto al no diligenciamiento del formato IC-FO-038 .	Procedimientos de Copias de Seguridad			X	Manual de procesos y procedimientos (acción preventiva)
14	Se evidencia el cumplimiento de las 10 actividades que aparecen en el procedimiento de actualización de software, sin embargo se evidencia observación con respecto que se utiliza es el formato GT-FO-025 que forma parte de las tecnología y no el formato IC-FO-040 que aparece en el procedimiento.	Procedimiento de Actualización del Software			x	Manual de procesos y procedimientos
15	De acuerdo a inspección Ocular realizada en el procedimiento de Publicación en página Web se muestra no conformidad en la actividad N° 2 : con relación a la no validación de la matriz de rendición de informes el cual se debe diligenciar en el formato IC-FO-019; de igual manera, en la actividad N°10 el cierre del ticket , el usuario, debe aprobar o rechazar la solución ; a la fecha se encuentran solicitudes resueltos y	Procedimiento publicación en páginas web y entes de control		X		Manual de procesos y procedimientos (Acción correctiva)

	no cerrados desde 2017, por lo que se realizara un ajuste a la descripción de la actividad ya que pasados 15 días, resuelto la solicitud se cierra automáticamente.				
16	INDICADORES: El indicador 796 correspondiente a la oportunidad en tiempo de respuesta a necesidades de información identificadas o solicitadas, presenta una calificación de excelente en sus rangos definidos		x		Indicadores
17	INDICADORES: El indicador 660 correspondiente al cumplimiento del plan de gerencia de la información, presenta una calificación de regular, revisar el plan anual y ajustar el indicador acorde a la información.			x	Indicadores
18	INDICADORES: El indicador correspondiente al cumplimiento en el registro de indicadores presenta una calificación de regular, revisar el plan anual y ajustar el indicador acorde a la información.			x	Indicadores
19	Se evidencia el cumplimiento de (20) veinte de las actividades que aparecen en el procedimiento y /o certificación en salud de solicitud de Copia de Historia Clínica.	Solicitud de copia de Historia Clínica y /o certificación de atención en Salud	X		Manual de Procesos y Procedimientos
20	Se evidencian las actas debidamente elaboradas y firmadas que se requiere como soporte de los comités institucionales que determinan el tipo de información estadística de producción, dando cumplimiento al plan de mejoramiento.	Elaboración y presentación de los informes estadísticos de producción y calidad	x		Manual de Procesos y Procedimientos.
21	La consolidación de la información, no se realiza en el formato IC-FO-019 matriz de control de rendición de informes,	Elaboración y presentación de los informes estadísticos de		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción correctiva

	tal como se requiere en la actividad N° 8 y N° 14 del procedimiento.	producción y calidad			
22	El procedimiento presenta no conformidad y requiere de ajuste en razón que la solicitud de los certificados antecedentes de nacido vivo y defunción se registran por medio de un algoritmo en el aplicativo RUAF, de igual forma la Actividad N°4: la verificación física de los certificados, no se realizan, por la utilización del aplicativo; de igual manera en caso de anulación actividad N°5: se requiere reportar a Gerencia, quien es el encargado de la anulación y emite soporte a la secretaria mediante oficio.	Gestión y control de Certificados de Nacidos vivos y Defunción	x		Manual de Procesos y Procedimientos (acción correctiva)
23	Se requiere apoyo por parte del personal de sala de parto y quinto piso referente a colocar en la H.C. el número del algoritmo y evitar error en los consecutivos.			x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción correctiva)
24	Ante la inspección y verificación realizada en el informe soportado del periodo evaluado, se pudo evidenciar que los resultados de RH de los recién nacidos se demoran por parte del laboratorio, lo cual no quedan registrados en dinámica Gerencial y son diligenciados después a lapicero una vez generado el documento con el algoritmo del nacido vivo. Se requiere compromiso por el área competente en la oportunidad de respuesta.			x	
25	El espacio físico donde son depositadas las historias clínicas no cumplen con Las condiciones de infraestructura que debe observar, según lo establecido en el acuerdo 49 del 2000: "Los pisos, muros, techos y puertas	Manual para la Gestión y custodia de Historias Clínicas	X		Manual de conservación de documentos y archivo General de la Nación (acción correctiva)

	deben estar contruidos con material ignífugos de alta resistencia mecánica, las causas son altas temperaturas, baja luminosidad y redes eléctricas que se encuentran a la vista, lo cual presenta riesgo, para la memoria historia de la Entidad y para el personal que labora en el área.				
26	Tras la inspección ocular realizada de las H.C que se encontraban en el depósito de la bodega aeropuerto, y se trasladaron a la bodega que la ESE HUEM acondiciono, se evidencia avances significativos, como la compra de termo higrómetros que permite medir la temperatura ambiental y la humedad; se realizó la compra de 300 estantes, que permitió la selección, organización y clasificación de Historia Clínicas de acuerdo al dígito en los respectivos estantes, de igual manera se adquirieron escalerilla de tijeras para minimizar el riesgo, <u>cumpliendo con parte del plan de mejoramiento</u> . Ver. Anexo.		x		Manual de conservación de documentos y archivo General de la Nación
27	<u>Plan de mejoramiento:</u> El manual para la gestión y custodia de Historia Clínicas fue actualizado.		x		Manual para la Gestión y Custodia de Historia Clínica
28	<u>El indicador de porcentaje de cumplimiento</u> de reuniones programadas del comité de estadísticas vitales, durante el periodo auditado, se evidencia una calificación de excelente.		x		indicadores
29	<u>El indicador de porcentaje de cumplimiento del plan anual de</u>		x		

	trabajo del comité de estadísticas vitales durante el 2021: presenta una calificación de bueno, en el rango de 70-80. Cumpliendo con plan de mejoramiento y con el indicador durante el periodo					Indicadores
30	El indicador de porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora de comité ética hospitalaria. Cumple con el compromiso adquirido en el plan de mejora, ya que cuenta con la calificación de excelente.		x			Indicadores
31	Ante la verificación y seguimiento del tablero único de control de Indicadores, se evidencio que el procedimiento de Archivo y estadística se lleva diligenciados los indicadores, pero sin sus respectivos soportes, con análisis.				x	Indicadores
32	En cuanto a las actividades que aparecen en el procedimiento, se evidencia el cumplimiento de manera centralizada y normalizada, los servicios de recepción, radicación y distribución de las comunicaciones externas.	Procedimiento de Gestión de Comunicaciones oficiales Externas	x			Manual de procesos y procedimientos
33	Se evidencia informe de inventario documental en lo referente a historias clínicas, correspondiente a la organización, revisión y clasificación, dando cumplimiento al plan de mejoramiento		X			Plan de mejoramiento
34	Se evidencio el diagnóstico sobre los archivos Institucionales del HUEM; de igual manera los funcionarios reciben capacitación sobre el manejo de los archivos y Gestión Documental, dando cumplimiento al plan de mejoramiento.		X			Plan de Mejoramiento
35	Se realizó informe de las condiciones ambientales, mediante los termohidrometros,		x			Plan de Mejoramiento

	se controla la temperatura y humedad en los depósitos, durante 3 veces al día, mediante el formato código: DT-FO-037. <u>Cumplimiento de plan de mejoramiento</u>				
36	El Manual de Control Documental se encuentra desde Noviembre de 2019, requiere de actualización ya que debe realizarse cada dos años			x	Manual de Control Documental. (acción correctiva)
37	La ESE HUEM, cuenta con Tablas de Retención Documental aprobadas mediante RESOLUCION No.000754 de (Junio 05 de 2015) luego de ser aprobadas por el Comité Interno de Archivo, fueron convalidadas por el Consejo Departamental de Archivos Mediante acuerdo N°0004 de septiembre 11 de 2019; posterior a lo anteriormente enunciado las tablas de retención han sido actualizadas una vez, pero en la actualidad se están realizando ajustes requeridos por las diferentes oficinas, los cuales fueron detectados en las visitas de seguimiento y verificación.			x	Programa de gestión Documental (acción preventiva)
38	Se evidencia el diligenciamiento de las actas correspondientes de transferencia de documentos de los archivos de gestión de la ESE HUEM al archivo central con su comunicación interna, el inventario documental y la lista de chequeo. <u>Cumplimiento del plan de mejoramiento.</u>			x	Manual de procedimientos
39	Se creó el procedimiento de disposición final de documentos. <u>Cumplimiento del plan de mejoramiento.</u>			x	
40	Con respecto al formato de inventario único documenta IC-FO-018 No se evidencia el			X	Manual de procesos y procedimientos

	respectivo diligenciamiento generando no conformidad.				(acción correctiva)
41	Se creó el procedimiento de Disposición Final de Documentos. Cumplimiento de plan d Mejoramiento	Procedimiento Disposición Final de Documentos	x		Manual de procesos y procedimientos
42	El procedimiento presenta observación en razón que existen registros / punto de control que no aparecen registradas en el procedimiento pero sirven de soporte como oficio, actas y Formato único de Inventario Documental.	Procedimiento Disposición Final de Documentos		x	Manual de procesos y procedimientos (acción preventiva)
43	El Indicador de porcentaje de actualización por dependencias de inventario documental de forma oportuna durante el 2021, se verifico que la calificación fue 34.79, quedando en la calificación de regular.			x	Manual de procesos y procedimientos (acción correctiva)
44	Revisar la pertinencia del indicador 776, cantidad de resmas consumidas durante el periodo;			x	Manual de procesos y procedimientos (acción preventiva)
45	Tras la verificación del Indicador 648: Gestión en la eliminación de unidades documentales: se evidencia que el indicador no cuenta con soportes. Revisar periódicamente la eliminación de unidades documentales.			x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
46	Se evidencio con los respectivos soportes la gestión del área de CEDOG, del Indicador: porcentaje de dependencias que actualizan oportunamente el inventario documental mediante correos, comunicaciones internas, entre otros. Obteniendo una calificación regular ya que depende del cumplimiento y responsabilidad de las diferentes áreas.		X		Indicadores

47	En la Actividad N°1 del procedimiento de PQRSF, se presenta una observación referente al acompañamiento que hace Control Interno de Gestión los días martes en la apertura de los buzones y no aparece en la descripción del mismo.	Procedimiento de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias y felicitaciones		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
48	En cuanto la actividad N° 2 recepciones de PQRSF, referente al inciso c) seguimiento al egreso - llamada de validación, se evidencio el cumplimiento mediante formato IC-FO-042. <u>Cumplimiento plan de mejoramiento.</u>	Procedimiento de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias y felicitaciones	x		Manual de Procesos y Procedimientos
49	El formato que aparece en la actividad N°16: caracterización de la PQRSF presenta observación en razón que el formato que se diligencia es IC-FO-045. Y no el IC-FO-023 que es que aparece de registro de ponto de control.	Procedimiento de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias y felicitaciones		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
50	En las actividades N°16, N°17 y N°19 se observa que no aparece como registro de puntos de control los formatos IC-FO-045 - PT-001-IC-FO-052 respectivamente, lo cual presenta observación.	Procedimiento de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias y felicitaciones		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
51	En el procedimiento de Evaluación de la satisfacción de los Usuarios, se evidencia observación referente de incluir en los puntos de control en la actividad N° 2: los diferentes formatos de encuestas de satisfacción de usuarios; en la actividad N° 3, codificar el formato de Excel de tabulación.	Procedimiento de Evaluación de la satisfacción de los Usuarios.		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
52	El procedimiento de intervención social requiere de ajuste general en razón se requiere adicionar como primera actividad las	Procedimiento de Intervención Social.		x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción correctiva)

	interconsultas, antes de verificar diariamente el censo; la descripción de la actividad N°7: las actividades que queden pendientes para el turno siguiente, se redacta en el correo: trabajadoresocialhuem@gmail.com , de igual manera requiere incluir en la descripción de las actividades, solicitud por medio de GLPY; generando no cumplimiento..					
53	En el procedimiento de orientación e información al usuario se evidencia observación en la descripción en las actividades N°1,N°3,N°4 y N° 5 ya que el nombre de la guía fue actualizado lo que puede generar confusión, con respecto a la actividad N°7: en el momento de la salida del visitante, este no se acerca a SIAU para registrar el respectivo ingreso, por lo que se requiere ajuste del procedimiento.	Procedimiento de orientación e información al usuario.			x	Manual de Procesos y Procedimientos (acción preventiva)
54	Tras la inspección ocular se demostró el cumplimiento de las 11 actividades del procedimiento de participación social y de la forma de promover la participación ciudadana incidente en asuntos público y en la Gestión Institucional..	Procedimiento de participación social en salud	x			Manual de Procesos y Procedimientos
55	Se evidencia las respectivas actas en cumplimiento a la guía para la promoción en la participación social en salud en el numeral 5.2 Encuentro de usuarios.. <u>Cumplimiento al plan de mejoramiento.</u>	Guía para la promoción de la participación social en salud	x			Guía para la promoción de la participación social en salud
56	El manual de atención al usuario y la guía para la promoción de la participación social en salud fueron actualizados. <u>Cumplimiento plan de mejoramiento.</u>		x			

57	El manual de atención al usuario numeral 6.7 gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias derechos de petición, solicitudes y felicitaciones., al igual que en el instructivo para la gestión de PQRDSF, se informa de los veintiún (21) buzones que se encuentra dotado el Hospital , de los cuales se evidenciaron que son veintidós buzones de estos tres (3) se encuentran fuera de servicio. Generando una no conformidad	Manual de atención al Usuario e Instructivo para la gestión de PQRDSF	X	Manual de atención al Usuario e Instructivo para la gestión de PQRDSF (acción correctiva)
58	El manual de atención al usuario numeral 6.7. Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias derechos de petición, solicitudes y felicitaciones. , aparece que se anexa el formato desistimiento tácito, el cual no aparece en el manual.	Manual de atención al Usuario	X	Manual de atención al Usuario (acción correctiva)
59	En el Instructivo para la Gestión de PQRDSF se indica el seguimiento a la Oportunidad en la Respuesta Inicial o Parcial: El coordinador SIAU monitorea las respuestas complementarias a las quejas trasladadas y elaboran un informe semanal de las PQRD sin gestión o sin respuesta al requerimiento del usuario y se envía a Control Interno de Gestión para las acciones de monitorización realizadas a los limitantes encontrados. Presenta no conformidad ya que no se realizó durante el 2021.		X	Instructivo para la Gestión de PQRDSF (acción preventiva)
60	El indicador de oportunidad de <u>respuestas a tramites</u> , en el 2021, su medida es en %, sin embargo se debe revisar, analizar y ajustar los datos incluido en el mismo, con sus respectivos soportes.		x	Indicadores (acción correctiva)

61	Ante la revisión documental se evidenció que la información suministrada en el sistema de indicadores revisados, los datos correspondientes a PQR en cada uno de los indicadores, no refleja la veracidad de los datos suministrados. Generando no conformidad en la información suministrada.			x		Indicadores (acción correctiva)
62	El indicador de tiempo promedio de respuesta a las quejas de los usuarios presenta una calificación de buena con un tiempo de respuesta de 17 días, implementándose un nuevo RANKING de oportunidad en respuesta, el cual ayuda a motivar a los líderes y coordinadores a ocupar los mejores lugares.		x			Indicadores
63	Tras la verificación de la consolidación de información registrada de las necesidades de información de los usuarios, no se evidencia el formato, diligenciado mensualmente.			x		
64	Tras la inspección y verificación del cumplimiento de la Elaboración, modificación y/o eliminación de documentos se constató que en la actividad N°4: revisión Técnica- comité técnico, se cumple con el acta ante el comité para los ajustes pertinentes	Procedimiento de Elaboración, modificación y/o eliminación de documentos	x			Manual de Procesos y Procedimientos
65	Se evidencia que las actividades donde el Formato IC-FO-005 solicitud de Creación, modificación y/o Eliminación de documentos, no se diligencia en forma completo.	Procedimiento de elaboración, modificación y/o eliminación de documentos		x		Manual de Procesos y Procedimientos (acción correctiva)
66	Indicadores: Tras la verificación del sistema integrado de Gestión, se constató que no tiene indicadores para medir la Gestión del procedimiento.				x	Indicadores

67	<u>Plan anticorrupción y atención al ciudadano 2021</u> : se Divulgo la Política de Administración de Riesgos institucional adoptada a través de Resolución 0181 DEL 29 de Enero 2021 y se socializó según lo establecido en el cronograma		x			Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano
68	<u>Plan anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2021</u> : se cumplió con la definición de los integrantes del Comité de seguimiento de la audiencia pública de rendición de cuentas, conformado por dos (2) funcionarios de la E.S.E H.U.E.M. y tres (3) representantes de la ciudadanía		x			Plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2021
69	<u>Plan anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2021</u> se Publicó en página web institucional del plan anticorrupción y atención al ciudadano para vigencia 2021.		x			Plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2021
70	<u>Plan anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2021</u> Mediante acta 006 de Comité de Gestión y desempeño se realizó aprobación de las encuestas de satisfacción de consulta externa, hospitalización, urgencias y apoyo diagnostico en la cual se incluye pregunta referente a tramites		x			Plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2021
71	<u>Plan anticorrupción y atención al ciudadano Vigencia 2021</u> Para el año 2021 realizó la revisión de las rutas para organizar y realizar la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía la cual se diseñó con 6 pasos con el objetivo que fuera fácil identificable y recordable para nuestros usuarios y trabajadores de la E.S.E. H.U.E.M. 1. Alistamiento institucional		x			Plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia 2021

	2. Identificación de interlocutores 3. Divulgación y capacitación 4. Convocatoria y organización logística 5. Recepción, radicación, análisis y clasificación de las propuestas y/o evaluación 6. Realización de la audiencia y evaluación del proceso.				
72	<u>Mapa de Riesgos:</u> Se dio cumplimiento a la actualización del plan estratégico de comunicaciones, PECOS	Mapa de Riesgos	x		Mapa de Riesgos.
73	<u>Mapa de Riesgos:</u> El fortalecimiento del manual de indicadores capítulo de análisis de información, no se evidencia el cumplimiento.	Mapa de Riesgos		x	Mapa de Riesgos
74	<u>Mapa de Riesgos:</u> las actas de socialización de la metodología para identificar la información de necesidades, no evidenciaron generando una no conformidad.	Mapa de Riesgos		x	Mapa de Riesgos

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda

RECOMENDACIONES:

- Ajustar el procedimiento de Medios de Comunicación Institucionales- Revista Sinergia, en razón que se publicará en las plataformas digitales.
- Ajustar el numeral 6.10.6 Revista SINERGIA.
- Revisar y ajustar el indicador 862, referente a impacto en el desarrollo de campañas de comunicación.
- Exigir el cumplimiento del formato en la actividad N°8 del procedimiento de actualización y desactivación de usuarios.
- Ajustar el procedimiento publicación en páginas web y entes de control, ya que una vez resuelto, pasados 15 días, la solicitud se cierra de forma automática.

- Cumplir con el formato IC-FO-019 matriz de control de rendición de informes, tal como se requiere en la actividad N°8 y N°14 del procedimiento de elaboración y presentación de los informes estadísticos de producción y calidad.
- Ajustar el Procedimiento de Gestión y Control de Certificados de Nacidos vivos y defunción, en razón que se registran los datos por medio de un algoritmo en el aplicativo RUAF.
- Continuar con las actividades en pertinencia a la adecuación del espacio físico donde son depositadas las historias clínicas según lo establecido en el acuerdo 49 del 2000. Para la mejora en pertinencia a la disposición, conservación y disposición de los expedientes y/o archivos documentales de la ESE HUEM.
- Efectuar seguimiento a la socialización, capacitación, inducción y reinducción diligenciados por los líderes y/o responsables de las áreas en referencia de los documentos creados y modificados según se establece en el procedimiento.
- Actualizar del Manual de Control Documental, se encuentra desde Noviembre de 2019, requiere ya que debe realizarse cada dos años.
- Con respecto al formato de inventario único documenta IC-FO-018 se debe realizar el respectivo diligenciamiento.
- Adicionar en el procedimiento de intervención social, como primera actividad las interconsultas, antes de verificar diariamente el censo; la descripción de la actividad N°7: se requiere incluir en la descripción de las actividades, solicitud por medio de GLPY.
- El manual de atención al usuario numeral 6.7 gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias derechos de petición, solicitudes y felicitaciones., al igual que en el instructivo para la gestión de PQRDSF, se informa de los veintiún (21) buzones que se encuentra dotado el Hospital, de los cuales se evidenciaron que son veintidós buzones de estos tres (3) se encuentran fuera de servicio.
- Anexar el formato desistimiento tácito, el cual no aparece en el manual de atención al usuario numeral 6.7. Gestión de peticiones, quejas, reclamos, denuncias derechos de petición, solicitudes y felicitaciones.
- El indicador de oportunidad de respuestas a tramites, en el 2021, su medida es en %, sin embargo se debe revisar, analizar y ajustar los datos incluido en el mismo, con sus respectivos soportes.
- Revisar indicadores correspondientes a PQR, no refleja la veracidad de los datos suministrados.

- Diligenciar el Formato IC-FO-005 solicitud de Creación, modificación y/o Eliminación de documentos.
- Se recomienda a los líderes de las áreas, revisar la información suministradas con sus respectivos soportes de los indicadores y que sean coherentes con otros indicadores si se requiere información de estos
- Los hallazgos originados de las respectivas auditorias, es necesario realizar el respectivo cargue en la plataforma de los planes únicos de mejoramiento PUM, así mismo realizar el seguimiento respectivo hasta la verificación del cumplimiento.

Anexos:

Archivo y estadística

ANTES



DESPUES



CECDC

ANTES



DESPUES



ELABORADO POR:


JORGE BURGOS MONCADA


MARLENE COTAMO SALAZAR


MARTIN EDUARDO HERRERA LEAL

APROBADO POR
ASESOR DE CONTROL INTERNO DE GESTION

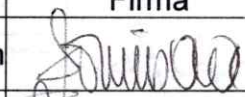
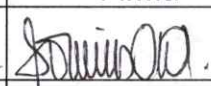
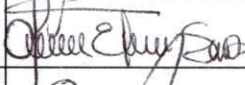
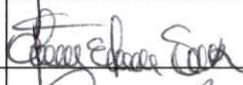
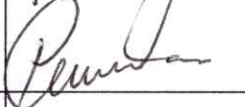
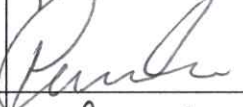




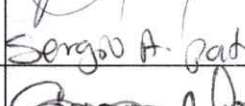
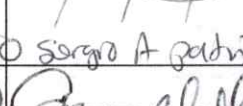


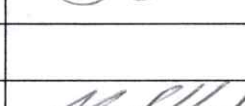
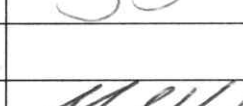
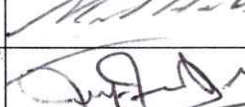

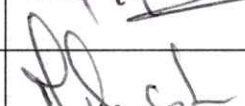

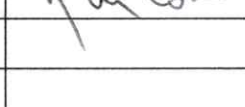
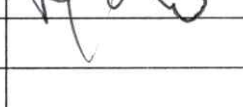
APERTURA

Fecha de inicio: (03/03/2022) Hora de inicio : 9 am Lugar: Planeación

Proceso: GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACION

Observaciones:

REGISTRO

Nombre	Responsable	Reunión de apertura	Reunión de Cierre
		Firma	Firma
DORIS ANGARITA ACOSTA	Asesor de Planeación		
OLFEN VILLAMIZAR SILVA	Coordinador de Archivo y Estadística		
JEFETH DIONISSETY PUETA FIGUEROA	Cordinador de CEDOG		
LUDWIN SUAREZ PATIÑO	Coordinador de Prensa y Comunicaciones		
MARISELA AREVALO AREVALO	Coordinador de SIAU		
SERGIO ANDRES PATIÑO	Coordinador de Sistemas		
Gregorio Leal	Profesional universitario		
Jonathan A Gehar	Prof Esp. SIG		
MARTIN EDUARDO HERRERA LEON	ASESOR		
JORGE JAVIER BURGOS MONCADA	Auditor		
MARLENE COTAMO SALAZAR	Auditor		

Descripción.

AREA	FECHA	HORA
PRENSA	07 DE MARZO	8. 30 AM
SISTEMAS	10 DE MARZO	8. 30 AM
SIAU	16 DE MARZO	8. 30 AM
ARCHIVO Y ESTADISTICA	23 DE MARZO	8. 30 AM
CEDOG	28 DE MARZO	8. 30 AM
PLANEACION	30 DE MARZO	8. 30 AM

FECHA TENTATIVA DE CIERRE 06 DE ABRIL