

DATOS GENERALES					
Ciclo Auditoria No:	2	Fecha del informe:	31 de Julio de 2026	Fecha auditoria	
				Desde	Hasta:
				10 de junio de 2026	31 de julio de 2026
NOMBRE DEL PROCESO Y/O PROYECTO AUDITADO					
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO SIAU					
RESPONSABLE DEL PROCESO					
DIEGO ALEJANDRO DIAZ CADAVID – ASESOR DE CONTROL INTERNO					

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Interna de la vigencia 2026, la Oficina Asesora de Control Interno realizó auditoría al proceso SIAU con el fin de evaluar la gestión de atención al usuario, la administración de las PQRSD, los mecanismos de participación y los controles implementados por el proceso

OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de los procedimientos del proceso SIAU e identificar oportunidades de fortalecimiento para contribuir al mejoramiento continuo de la E.S.E. Bello Salud

ALCANCE

La auditoría comprendió la revisión documental, análisis de la gestión de PQRSD, visitas a las sedes, entrevistas con auxiliares administrativos, verificación de buzones físicos y evaluación de la documentación y administración del riesgo

CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Ley 1755 de 2015,
- Ley 1438 de 2011,
- Circular Externa 008 de 2018, MIPG,
- documentación institucional del proceso SIAU,

- demás normas aplicables.

METODOLOGÍA

Se aplicaron técnicas de revisión documental, entrevistas, observación directa, inspección física, análisis de información y verificación de evidencias

ANÁLISIS FRENTE AL PROCEDIMIENTO

1. GESTIÓN DE PQRSD

Durante el primer semestre de 2026 se registraron 485 PQRSD, con cumplimiento del 100 % en la oportunidad de respuesta. Se identificó como principal causa de inconformidad la accesibilidad a los servicios, especialmente la asignación de citas, concentrándose el mayor número de manifestaciones en el Call Center.

2. EVALUACIÓN DE BUZONES FÍSICOS

El 23 de julio de 2026 se verificaron los buzones físicos de las sedes institucionales. Se evidenció:

- Ausencia de formatos para PQRSD en Rosalpi, Mirador y Fontidueño.
- Buzones de Maruchenga y Fontidueño con chapas averiadas, permaneciendo abiertos.
- En la sede Mirador la llave del buzón estaba bajo custodia de la coordinadora de la sede y no de la líder SIAU.
- Durante la apertura únicamente se encontraron dos PQRSD, correspondientes a Urgencias Rosalpi y Playa Rica.

Del análisis documental de enero a mayo de 2026 se evidenciaron 416 PQRSD gestionadas mediante buzones físicos.

3. ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

Se evidenció que la documentación derivada de la apertura de los buzones se conserva únicamente en carpetas físicas almacenadas en un locker, sin una organización cronológica ni por sedes y sin respaldo digital, situación que dificulta la consulta, la trazabilidad y aumenta el riesgo de pérdida o deterioro de la información.

4. ATENCIÓN EN TAQUILLA

Se realizaron visitas a:

Zamora (Admisiones, Atención al Usuario, Toma de Muestras y Vacunación),
Rosalpi (Admisiones y Oficina SIAU),
París (Admisiones) y
Maruchenga (Admisiones).

Se observó compromiso del personal; sin embargo, los auxiliares manifestaron que la inducción se realiza principalmente mediante transferencia informal de conocimientos entre compañeros, debido a que no todos los procedimientos operativos se encuentran documentados y actualizados

FORTALEZAS DEL PROCESO

- Cumplimiento del 100 % en la respuesta a las PQRSD.
- Disposición del personal para atender la auditoría.
- Existencia de diferentes canales para la recepción de PQRSD.
- Compromiso de los auxiliares administrativos con la atención al usuario.

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO - CONTROLES

Se recomienda revisar y actualizar el mapa de riesgos del proceso SIAU, incorporando los riesgos identificados durante la auditoría, especialmente los relacionados con la gestión documental, administración de buzones, atención al usuario, gestión de PQRSD y gestión del conocimiento.

PLANES DE MEJORAMIENTO: EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS

La entidad cuenta con un plan de mejoramiento externo suscrito con la Contraloría Municipal de Bello, para el área del SIAU no aplican hallazgos para la verificación en la presente auditoría interna.

Frente a planes de mejoramiento interno, el proceso no cuenta con planes suscritos con la oficina asesora de Control Interno.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

- Revisar, actualizar y documentar los procesos, procedimientos, protocolos e instructivos del proceso SIAU.
- Fortalecer los procesos de inducción y reinducción mediante documentación estandarizada.
- Actualizar el mapa de riesgos y sus controles.
- Garantizar disponibilidad permanente de formatos de PQRSD en todas las sedes.
- Reparar los buzones que presentan deterioro.
- Centralizar la custodia de las llaves de los buzones en el proceso SIAU.
- Organizar la documentación de los buzones conforme a criterios archivísticos, clasificándola cronológicamente y por sede.
- Implementar respaldo digital de las actas de apertura y de las PQRSD para disminuir el riesgo de pérdida de información.
- Implementar verificaciones periódicas del estado físico de los buzones y del cumplimiento del procedimiento institucional.

ACCIONES CORRECTIVAS Y/O DE MEJORA

Las recomendaciones deberán ser evaluadas por el líder del proceso SIAU con el acompañamiento de planeación y las subgerencias correspondientes para la formulación del correspondiente plan de mejoramiento, definiendo responsables, plazos e indicadores de seguimiento



DIEGO ALEJANDRO DÍAZ CADAVID

Asesor de Control Interno