

Bogotá D.C, Julio 22 de 2025

Doctor (a)
NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO
Directora Atención al Usuario
CARLOS FERNANDO GONZALEZ PRADA
Director Administrativo
GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO
Director Científico
ANA CAROLINA SERNA RUBIO
Coordinadora Sede UF Zipaquirá
NESTOR ANDRES RODRÍGUEZ ORDOÑEZ
Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá
MARTHA LUCÍA GONZALEZ
Subdirectora Talento Humano
DORIS HELENA TORRES ACOSTA
Subdirectora Enfermería
ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ
Proceso Gestión Servicios Ambulatorios
CARLOS HARVEY JAIMES
Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos
LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS
Proceso Gestión de la Información TIC

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

REFERENCIA: INFORME FINAL CIERRE AUDITORIA GESTIÓN DE PQRSDF Periodo: 1 de Noviembre de 2024 al 31 de Mayo de 2025

Cordial saludo,

En atención al Plan de Auditorías 2025, adjunto se envía informe de auditoría del asunto de la referencia. Los temas abordados en este informe de auditoría son objeto de verificación anual por parte de esta oficina asesora de Control Interno.

De acuerdo con lo anterior, se solicita que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al envío del presente informe de auditoría, se elabore el correspondiente plan de mejoramiento con base en las recomendaciones que así lo requieran. Dicho plan deberá formularse conforme a lo establecido en:

- el procedimiento 02CIN01-V2, Actividad 21
- el instructivo “Lineamiento oportunidades de mejora”, Código 06GIC03-V2, y
- el procedimiento “Formulación, Seguimiento y Cierre de Plan Único de Mejora por Proceso”, código 02GIC03-V10.

Así mismo, se informa que la reunión de cierre de la presente auditoria se llevara a cabo el día miércoles 30 de julio del 2025 a las 10:00 am. Podrá unirse a la reunión mediante el siguiente enlace: <https://meet.google.com/ihk-wdmb-edz>

Adicionalmente se envía una encuesta de satisfacción relacionada con la auditoria mencionada, dirigida a cada líder de proceso para su diligenciamiento. El objetivo de esta encuesta es identificar oportunidades de mejora en el proceso de auditoría interna independiente. La fecha límite para el envío de la encuesta es el 29 de Julio del 2025.

ENLACE DE LA REUNIÓN REMOTA

ID de la reunión

<https://meet.google.com/ihk-wdmb-edz>

Se anexan ciento diez (110) folios

Cordialmente;



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA

Jefe Oficina Asesora de control Interno

c.c. Jorge Andrés López Quintero – Gerente

Aprobó: Yetica Jhasvelli Hernández Ariza

Elaboro: Claudia Yamile Rubiano

Reviso: Claudia Yamile Rubiano



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE

05CIN01-V2



05GIC92-V1

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
NIT. 899.999.032-5**

**AUDITORÍA GESTIÓN PQRSDF
Periodo: 1 de Noviembre de 2024 al 31 de Mayo de 2025
BOGOTÁ Y SEDES UBICADAS EN ZIPAQUIRÁ**

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, JULIO DE 2024

Índice

1. Aspectos Generales		6
1.1 Objetivos de la Auditoría.....		6
1.1.1 Objetivo General		6
1.1.2 Objetivos Específicos		6
1.2 Alcance de la auditoría		6
1.3 Metodología		6
1.4 Base legal		7
1.5. Normas Internas		7
1.6 Objetivos estratégicos asociados a la auditoría.....		8
1.6.1. Objetivo Estratégico No.2.....		8
1.6.2. Objetivo Estratégico No.7.....		8
1.7 Políticas asociadas a la auditoría		8
1.8 Riesgos identificados por los procesos		8
1.8.1. Matriz de Riesgos Institucionales.....		9
1.8.2 Evaluación de controles.....		10
1.8.3. Matriz de Riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude 2025.....		12
1.9 Indicadores del Proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad		12
1.9.1. Porcentaje de satisfacción global del HUS (Bogotá más unidades funcionales).....		12
1.9.2. Porcentaje de satisfacción global sede principal Bogotá.....		14
1.9.3. Porcentaje de PQRSDF con respuesta en términos de Ley (15 días hábiles).....		15
1.9.4. Porcentaje de solicitudes de información con respuesta en términos de Ley (10 Días Hábiles)...		17
1.9.5. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución		18
1.9.6. Porcentaje de Quejas y Reclamos que vulneran el Derecho a recibir información		19
1.9.7. Porcentaje de PQRSDF identificadas con respuestas internas inadecuadas.....		21
1.9.8. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hospitalización...		22
1.9.9. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Ambulatoria		23



1.9.10. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención de Urgencias	25
1.9.11. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hotelería Hospitalaria	26
1.9.12. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Facturación y Recaudo.....	28
1.9.13. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de la Infraestructura	29
1.9.14. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Imágenes Diagnósticas	30
1.9.15. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Apoyo Diagnóstico	32
1.9.16. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención al Usuario y su Familia	33
1.9.17. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención al Paciente Quirúrgico	34
1.9.18. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Ginecología y Obstetricia	36
1.9.19. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Medicina Interna	37
1.9.20. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Neurocirugía.....	38
1.9.21. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Ortopedia	39
1.9.22. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Urología.....	41
1.9.23. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intensivo	42
1.9.24. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Neonatología ...	43
1.9.25. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intermedio	45
1.9.26. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Vigilancia	46
1.9.27. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Cirugía General .	47
1.9.28. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Enfermería	48
1.9.29. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Farmacéutica	49
1.9.30. Proporción de Efectividad de las respuestas de PQRSDF	50
1.10 Estándares de acreditación asociados a la auditoría	52

1.10.1. Estándar 48. Código: (AsEVA2).....	52
1.11 Componentes y elementos del MECI	52
2. Seguimiento a Formulario de PQRSDf – Paciente y su familia	53
2.1. Consulta Aplicativo Institucional ALMERA	53
2.2. Principios de Seguridad y Calidad de la Información	53
2.3. Análisis de fuentes de información de PQRSDf – Paciente y su Familia.....	54
2.3.1. Información consultada desde el aplicativo Almera.....	54
2.3.2. Oportunidad de respuesta de PQRSDf dentro de plazos de Ley	62
2.3.3. Servicios que más reportan PQRSDf	65
2.3.4. Causas relacionadas con la interrupción de servicios y afectación a la sostenibilidad financiera institucional.....	68
2.3.5. Planes de Mejoramiento derivados de PQRSDf – Paciente y su Familia.....	71
3. Formulario Voz del Cliente Interno.....	72
3.1 Normas Internas	72
3.2 Gestión institucional frente al Formulario Voz Cliente Interno	73
3.3 Seguimiento al Formulario Voz Cliente Interno	74
3.4 Oportunidad de respuesta Formulario Voz Cliente Interno	75
3.5 Procesos con mayor número de manifestaciones internas registradas	77
3.6 Causas más frecuentes identificadas en las manifestaciones internas	78
4. Encuesta “Auditoria de Gestión PQRSDf a Mayo 31 del 2025”.....	79
4.1. Objetivos de la encuesta.....	80
4.2. Instrucciones	80
4.3. Preguntas y respuestas de la encuesta.....	80
4.4. Tabulación de las respuestas.....	81
4.5. Debilidades y fortalezas detectadas.....	83
4.6. Estrategias propuestas para optimizar la gestión institucional de las PQRSDf	84
5. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar	85
5.1 Respuesta entregada por la dirección de atención al usuario - HUS	85
5.1.1. Respecto a indicadores del proceso auditado	85
5.1.2. Respecto a seguimiento a formulario de PQRSDf – Paciente y su Familia.....	86
5.1.3. Respecto a las Recomendaciones 2025.....	87
5.1.4. Respecto a las Recomendaciones 2024.....	93



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA INDEPENDIENTE



05CIN01-V2

05GIC92-V1

5.2 Respuesta entregada por la Sede Regional de Zipaquirá (HRZ).....	97
5.3 Respuesta entregada por la Sede Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ)	98
5.4 Respuesta de la Subdirección de Enfermería	98
6. Seguimiento a las recomendaciones anteriores	99
7. Verificación de existencia de litigios o procesos disciplinarios asociados a PQRSDf	101
8. Reconocimiento: a la Dirección de Atención al Usuario, Dirección Científica Y Líderes de los Procesos Asistenciales	101
9. Recomendaciones	102
9.1. Recomendaciones 2025 Formulario de PQRSDf - Paciente y su Familia.....	102
9.2. Recomendaciones 2025 Formulario - Voz del Cliente Interno.....	106
9.3. Recomendaciones vigencia 2024	107
9.4. Recomendaciones anteriores.....	109

1. Aspectos Generales

1.1 Objetivos de la Auditoría

1.1.1 Objetivo General

Evaluar el cumplimiento, eficacia y oportunidad de la gestión institucional frente al trámite y respuesta de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) del cliente interno y externo, en concordancia con los principios de participación ciudadana, acceso a la información pública, mejora continua y legalidad, establecidos por el marco normativo vigente y los lineamientos institucionales del Hospital Universitario de La Samaritana.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Verificar el cumplimiento de recomendaciones de auditorías anteriores.
- Analizar herramientas, procedimientos y recursos utilizados en la gestión de PQRSDF.
- Evaluar tiempos, calidad y enfoque al usuario en las respuestas.
- Identificar oportunidades de mejora dentro del Sistema de Gestión de Calidad y el MIPG.
- Verificar la aplicación de mecanismos de participación ciudadana.

1.2 Alcance de la auditoría

La auditoría se realizó conforme al Plan Anual de Auditorías 2025 y comprendió la verificación del estado actual de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) del cliente interno y externo, correspondiente al período comprendido entre el 01 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025.

El ejercicio auditor incluyó el seguimiento a las acciones correctivas y de mejora derivadas de informes anteriores, así como la evaluación del cumplimiento del procedimiento interno vigente, el uso del aplicativo institucional Almera, la articulación con el sistema de gestión documental y el cumplimiento de los tiempos y canales establecidos para la atención y respuesta a los ciudadanos.

Adicionalmente, se realizó análisis y seguimiento al formulario institucional Voz Cliente Interno, gestionado por la Dirección de Talento Humano, el cual recoge manifestaciones del personal de la entidad. Aunque este instrumento no clasifica las solicitudes bajo la tipología tradicional de PQRSDF, fue incorporado como parte del ejercicio auditor dada su relevancia para la retroalimentación interna y la mejora continua.

1.3 Metodología

La auditoría se desarrolló con un enfoque cuantitativo y documental, utilizando los registros del aplicativo institucional Almera correspondientes a las PQRSDF paciente y su familia, radicadas entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025, así como los registros del formulario Voz Cliente Interno, diligenciado por funcionarios de la institución durante el mismo periodo.

Se realizó análisis por sede y servicio, verificando el cumplimiento de los plazos legales y los procedimientos internos establecidos. Asimismo, se llevó a cabo seguimiento a las recomendaciones formuladas en auditorías anteriores e identificación de oportunidades de mejora relacionadas con trazabilidad, oportunidad y calidad en la gestión.

Como parte del proceso, se aplicó una encuesta de presaberes a los responsables del proceso auditado para evaluar su conocimiento sobre la gestión de PQRSDF. Los resultados se incorporan en el presente informe final.

1.4 Base legal

- **Constitución Política de Colombia (1991)** – Derecho de petición y participación.
- **Ley 87 de 1993** – Control Interno.
- **Ley 190 de 1995, Art. 55** – Lucha contra la corrupción.
- **Documento CONPES 3292 de 2004** – Política de atención al ciudadano.
- **Decreto 1151 de 2008** – Estrategia de Gobierno en Línea.
- **Sentencias T-171 y T-523 de 2010** – Derecho fundamental de petición.
- **Ley 1437 de 2011** – Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso.
- **Ley 1474 de 2011, Arts. 7, 73 y 76** – Estatuto Anticorrupción.
- **Circular 001 de 2011** – Control Interno
- **Ley 1712 de 2014** – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- **Ley 1755 de 2015** – Derecho de petición.
- **Ley 1757 de 2015** – Participación Democrática.
- **Directriz 002 de 2015** – Respuesta a derechos de petición.
- **Decreto 1081 de 2015** – Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia.
- **Resolución Interna 393 de 2017** – Trámite PQRSDF
- **Decreto 1499 de 2017** – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- **Resolución Interna 282 de 2021** – Reglamento vigente PQRSDF – HUS.
- **Decreto 1893 de 2021** – Sistema de Gestión Pública – Función Pública.
- **Ley 1952 de 2019** – Código General Disciplinario
- **Ley 2016 de 2020** – Código de Integridad
- **Ley 2294 de 2023** – Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026.
- **Política de Servicio al Ciudadano** – Función Pública – MIPG.
- **Lineamientos Institucionales HUS** – Manuales, procedimientos y resoluciones internas vigentes.

1.5. Normas Internas

Caracterización de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, documento identificado con código 00UFC01-V4, publicado en el aplicativo sistema de gestión integral Almera en enero 19 de 2023. Proceso misional, el cual cuenta con; una (1) caracterización, cincuenta y nueve (59) formatos, tres (3) manuales, un (1) programa y veintidós (22) procedimientos. Información que puede ser consultada en intranet del HUS con la siguiente ruta de acceso: Sistema de gestión integral Almera / Inicio / Mapa por procesos / Atención al usuario, familia y comunidad / Documentación / Documentación asociada / Caracterización / Formato / Políticas, Programas y manuales / Procedimiento.

Los siguientes procedimientos que pertenecen al proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad, serán revisados dentro de la presente auditoría, encontrándose publicados en intranet del HUS con la siguiente ruta de acceso; sistema de gestión integral Almera / Inicio / Mapa por procesos / Atención al usuario, familia y comunidad / Documentación / Documentación asociada / Procedimiento:

- **GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO)**, Código de documento 02UFC06-V7, aprobado y publicado en intranet en noviembre 15 de 2023, y que tiene por objetivo: ‘Garantizar que se tramité y se ofrezca respuesta clara, oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias que sean de competencia del Hospital Universitario de la Samaritana, formuladas por los usuarios, sus familias y partes interesadas, en ejercicio de sus derechos y de conformidad con la normatividad vigente.
- **APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS DE USUARIOS PACIENTE Y FAMILIA**, Código del documento 02UFC15-V3, Aprobado y publicado en intranet en marzo 14 de

2025, y que tiene por objetivo: “Conocer la inquietudes, manifestaciones de los usuarios, paciente y/o su familia interpuestas a través de los buzones de sugerencias, los cuales se encuentran distribuidos en los servicios asistenciales de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y su Red Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ), en la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ) y centros de salud, con el fin de desarrollar las actividades necesarias para lograr la resolución de las mismas, en concordancia con el procedimiento institucional establecido para la GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO) (Código 02UFC06-V7).

1.6 Objetivos estratégicos asociados a la auditoría

Según el acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, "Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo 2024-2028 y el Plan Operativo Anual Armonizado de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA", se dictan nueve (9) objetivos estratégicos para la entidad de los cuales, dos (2) están relacionados con la auditoría gestión de PQRSDF, así:

1.6.1. Objetivo Estratégico No.2

Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6% para el año 2028, mediante la implementación de un programa de atención centrado en la persona y una nueva escala de calificación de la experiencia del paciente.

1.6.2. Objetivo Estratégico No.7

Fortalecer el sistema de gestión integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028.

1.7 Políticas asociadas a la auditoría

En la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no se ha identificado una política institucional independiente que regule exclusivamente la gestión de las PQRSDF. No obstante, esta gestión se encuentra enmarcada principalmente dentro de la Política de servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la cual tiene como propósito garantizar una atención eficaz, oportuna y respetuosa de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Adicionalmente, la gestión de las PQRSDF se relaciona de forma complementaria con la Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, dado que estos mecanismos permiten fortalecer el control social, promover la participación ciudadana y facilitar la rendición de cuentas.

Así mismo, se considera pertinente mencionar la política institucional “Humanización de la Atención”, la cual, aunque no está enfocada exclusivamente en la gestión de PQRSDF, establece directrices transversales que impactan positivamente en la atención al usuario y en el trato digno y respetuoso por parte del talento humano de la Institución. Esta política promueve una cultura institucional basada en la humanización del servicio, el respeto por los derechos de los usuarios y la mejora del clima organizacional, factores que influyen directamente en la reducción de quejas y reclamos.

Es recomendable que la política de servicio al ciudadano, sea adoptada e implementada mediante un acto administrativo, para reforzar el control y la evaluación de la gestión institucional.

1.8 Riesgos identificados por los procesos

Para el desarrollo de la presente auditoría se hará verificación de las matrices de riesgos en la página Web del Hospital: Matriz de Riesgos Institucionales 2025 con fecha de publicación 19 de Mayo 2025 y el Mapa de Riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude 2025 publicada en mayo 19 de 2025.

1.8.1. Matriz de Riesgos Institucionales

Se registra un (1) Riesgo Institucional al Proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad en la Matriz Institucional 2025, publicada en la página Web del Hospital con la siguiente ruta de acceso: Transparencia y acceso a la información / Planeación, gestión y control / Planes, programas, proyectos / Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano / Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 / Matriz de Riesgo Institucional 2025; Riesgo que se encuentra asociado al procedimiento identificado GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (ATENCIÓN AL CIUDADANO), Código de documento 02UFC06-V7, aprobado y publicado en Intranet del HUS en Noviembre 15 de 2023.

RIESGO: Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSDF, falta de adherencia al procedimiento de PQRSDF por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o tramite a PQRSDF por cualquier causa.

PROCESO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA DEL RIESGO	Subtipología de Riesgo Operacional	CAUSA	CONSECUENCIA	ZONA DE RIESGO (Riesgo Absoluto)
Atención al Usuario, familia y Comunidad	AUF22044	Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSDF, falta de adherencia al procedimiento de PQRSDF por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o trámite a PQRSDF por cualquier causa.	Operacional	Seguridad del Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificación inadecuada de PQRSDF. 2. Falta de adherencia al procedimiento de PQRSDF por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión. 3. Emitir respuestas inadecuadas y/o incompletas al peticionario. 4. Falla en la aplicación de los controles definidos para la gestión. 5. No dar gestión o trámite a PQRSDF por cualquier causa. 6. No dar respuesta en términos de Ley. 	<p>Pérdidas Económicas. Pérdida de imagen / credibilidad / confianza / clientes, usuarios insatisfechos.</p> <p>Formas de Materialización:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuando se reciben sanciones por parte de los entes de Vigilancia y control del Estado. -Cuando el usuario, radica una petición por insatisfacción con la respuesta emitida a su PQRSDF -Cuando se radique una Tutela en contra de la institución con causa de una no conformidad o no Gestión de una PQRSDF 	ALTO

Administración de Riesgos - Almera - Google Chrome
sgialmeraim.com/cgi/secciones/index.php?a=riesgos&option=ver_riesgo&riesgo=1753

Atención al Usuario Familia y Comunidad

Actividad	Fin	Seguimiento
1. Socializar los términos de ley para la respuesta oportuna y clasificación de las PQRSD, al equipo de atención al usuario. (UFZ) • Laura Camila BButrago Bulla	2025-12-31	25% +0
2. Cargar y delegar las manifestaciones para la oportuna respuesta de las PQRSD. (UFZ) • Laura Camila BButrago Bulla	2025-12-31	25% +0
3. Comparar los tiempos desde el cargue hasta la entrega de las respuestas a los usuarios acerca de las PQRSD. (UFZ) • Laura Camila BButrago Bulla	2025-12-31	25% +0
4. Realizar seguimiento a las PQRSD interpuestas durante el trimestre. (UFZ) • Laura Camila BButrago Bulla	2025-12-31	25% +0
1. Realizar reunión con el equipo de defensoría del usuario, para retroalimentar el procedimiento 02UF06-V7 (HRZ) • Elizabeth Castillo Fetecua	2025-03-31	0% -80
2. Implementar cuadro de vencimiento de PQRSD; para emitir respuesta oportuna (HRZ) • Viviana Parra Rodríguez	2025-12-31	30% +0
3. Verificar mediante el cuadro de control de PQRSD los seguimientos realizados en los tiempos establecidos (HRZ) • Viviana Parra Rodríguez	2025-12-31	30% +0
4. Tomar acciones pertinentes de acuerdo a los resultados obtenidos (HRZ) • Viviana Parra Rodríguez	2025-12-31	25% +0
1. Realizar la verificación diariamente las PQRSDf recepcionadas por los diferentes canales institucionales de ingreso y realizar ingreso al formulario de PQRSDf • Nubia Guerrero Preciado	2025-12-30	0% +0
2. Realizar seguimiento y monitoreo diario al tramite y gestion de PQRSDf • Nubia Guerrero Preciado	2025-12-30	0% +0
3. Realizar seguimiento a la adherencia de la aplicación del formato para realizar seguimiento, monitoreo y control a la gestión de PQRSD el HUS Bogotá, UFZ y HRZ • Nubia Guerrero Preciado	2025-12-30	0% +0
4. Realizar control al estado de tramite de cada PQRSDf (En gestion, cerrado) • Nubia Guerrero Preciado	2025-12-30	0% +0
5. Tomar acciones de acuerdo a los resultados de adherencia evaluados • Nubia Guerrero Preciado	2025-12-30	0% +0
13 Actividades (Ver todas)		Avance ponderado: 14,23%

Hospital Universitario de la Samaritana
Almera - Sistema de Gestión Integral
2025 - Bogotá, Colombia

Al realizar el análisis del plan de acción relacionado con la gestión de las PQRSDf, se evidencia un avance ponderado del 14,23 %, con varias actividades aún en estado inicial (0 %) y una de ellas vencida desde marzo de 2025. Aunque las acciones están bien formuladas y cuentan con responsables definidos, se observa que la mayoría tienen como fecha de cumplimiento el 31 de diciembre de 2025, lo cual explica parcialmente el avance actual, pero también implica la necesidad de realizar seguimiento periódico que permita garantizar su ejecución oportuna.

1.8.2 Evaluación de controles

Se identificaron los controles asignados al riesgo del proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad, y se procedió a su evaluación conforme a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas (Versión 6, Sección 3.2.2).

Esta evaluación tiene como propósito verificar que los controles estén correctamente formulados, sean eficaces para mitigar el riesgo identificado, y cumplan con los criterios definidos por el DAFP.

Lineamientos para tener en cuenta:

Para una adecuada descripción del control, se adopta la estructura sugerida por la Guía, que permite entender su tipología y atributos para su valoración. Esta estructura contempla:

- **Responsable de ejecutar el control:** Identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- **Acción:** Se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- **Complemento:** Corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

Tipología y atributos:

Características		Descripción		Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano	15%
Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso .	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Fuente: Tomado de la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*, Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), 2020. Adaptado del *Curso Riesgo Operativo*, Universidad del Rosario.

Por tal motivo, se procedió a realizar una revisión en la plataforma Almera, se encontró lo siguiente:

Proceso	N. de Controles	Descripción y/o recomendación de los controles
Atención al Usuario Familia y Comunidad	8	Todos los controles del proceso cumplen con los mínimos exigidos por la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles del DAFP. No obstante, dos de ellos (el tercero con código 4162310 y el cuarto con código 4932403) requieren ajustes en su formulación para fortalecer aspectos como la claridad del responsable, la precisión en la acción definida y la separación de funciones, con el fin de mejorar su controlabilidad y eficacia.

Se recomienda ajustar la formulación de dos controles del proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad (códigos 4162310 y 4932403), con el fin de mejorar su eficacia. Específicamente, se sugiere clarificar el responsable, precisar la periodicidad, definir el tratamiento de desviaciones y formalizar las fuentes de verificación, conforme a los lineamientos establecidos por el DAFP para el diseño adecuado de controles internos.

1.8.3. Matriz de Riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude 2025

No se registra riesgo al proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad en la matriz de riesgos SICOF Corrupción, Opacidad y Fraude 2025, publicado en la página Web del Hospital con la siguiente ruta de acceso: Transparencia y acceso a la información / Planeación, gestión y control / Planes, programas, proyectos / Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano / Programa de Transparencia y Ética Pública 2025 / Riesgos SICOF 2025 V2.

1.9 Indicadores del Proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad

En el sistema de gestión integral Almera, se llevó a cabo una verificación de indicadores en la cual se encontraron treinta (30) indicadores que se asocian al proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad. Tal como se describirá a continuación:

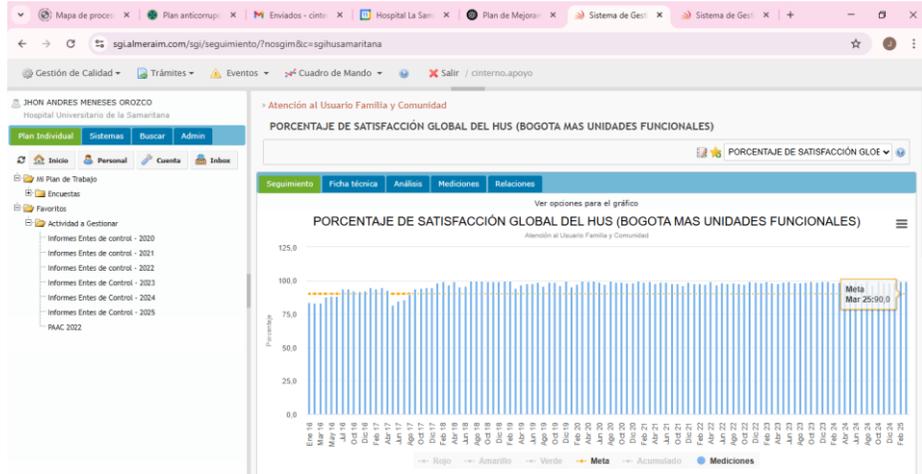
1.9.1. Porcentaje de satisfacción global del HUS (Bogotá más unidades funcionales)

Indicador encontrado con el código 65. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:

Frecuencia	Mensual
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número total de usuarios satisfechos (Bogotá más unidades funcionales) / Número total usuarios encuestados (Bogotá mas UFZ)

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Periodo	2024 NUMERO TOTAL DE USUARIOS SATISFECHOS (BOGOTA MAS UNIDADES FUNCIONALES) A	2024 NUMERO TOTAL USUARIOS ENCUESTADOS (BOGOTA MAS UFZ) B	Indicador	2025 NUMERO TOTAL DE USUARIOS SATISFECHOS (BOGOTA MAS UNIDADES FUNCIONALES) A	2025 NUMERO TOTAL USUARIOS ENCUESTADOS (BOGOTA MAS UFZ) B	Indicador	Meta	Calificación	% Variación
Enero	336,00	339,00	99,1%	329,00	334,00	98,5%	90,0%	109,5%	-0,61
Febrero	327,00	332,00	98,5%	293,00	295,00	99,3%	90,0%	110,4%	0,81
Marzo	322,00	326,00	98,8%	336,00	339,00	99,1%	90,0%	110,1%	0,30
Abril	339,00	345,00	98,3%						
Mayo	330,00	334,00	98,8%						
Junio	336,00	338,00	99,4%						
Julio	319,00	327,00	97,6%						
Agosto	326,00	328,00	99,4%						
Septiembre	296,00	305,00	97,0%						
Octubre	319,00	321,00	99,4%						
Noviembre	337,00	342,00	98,5%						
Diciembre	315,00	320,00	98,4%						
Acumulado	315,00	320,00	98,6%				99,0%	90,0%	

Atención al Usuario Familia y Comunidad

PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN GLOBAL DEL HUS (BOGOTA MAS UNIDADES FUNCIONALES)

Ver Mas recientes primero | 10 mediciones

Marzo 2025 99,1% (Meta > a 90,0%) *Nubia Guerrero Preciado*

Nubia Guerrero Preciado
Dirección de atención (Samaritana)
2025-05-26 02:46 PM

El Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) registró 98,73% la cual es una destacada Tasa de Satisfacción Global General en el primer trimestre de 2025, según las encuestas realizadas a usuarios en sus sedes de Bogotá y Zipaquirá. Este resultado, consistentemente positivo durante los últimos años, es producto de la implementación de acciones de mejora continua centradas en la gestión por procesos, la humanización, la seguridad clínica, un modelo de atención centrado en el usuario, el respeto por sus derechos y la calidad del servicio al cliente, el mejoramiento continuo de la atención asistencial y administrativa. Estas iniciativas han impulsado una transformación cultural en los colaboradores del hospital, fortaleciendo su compromiso con la excelencia en la prestación del servicio, todo ello a pesar de la situación y dificultades actuales del sistema de salud, la sobredemanda y sobrecarga de usuarios, la falta o demora de pago de servicios por parte de las Aseguradora, entre otras.

Diciembre 2024 98,4% (Meta > a 90,0%) *Nubia Guerrero Preciado*

Nubia Guerrero Preciado
Dirección de atención (Samaritana)
2025-01-16 06:33 PM

El 99,47 % de los usuarios encuestados manifestaron que la satisfacción en el IV trimestre de 2024. Esta alta satisfacción es resultado del enfoque de gestión por procesos y las mejoras implementadas en urgencias, hotelería, ambiente hospitalario y atención humanizada, a través del Programa de Humanización, que promueve el respeto a los derechos de los usuarios.

Aunque la gráfica del indicador muestra datos hasta febrero de 2025 y el comparativo anual hasta marzo, el análisis corresponde al primer trimestre, dado que su medición es mensual y se analiza trimestralmente. En este periodo, el Hospital Universitario de La Samaritana alcanzó una sobresaliente tasa de satisfacción global general de 98,75%, superando la meta (>90%). Este resultado refleja la efectividad de las acciones de mejora continua, centradas en la atención humanizada, la seguridad clínica y la calidad del servicio, a pesar de los retos del sistema de salud como la sobredemanda y los retrasos en los pagos por parte de aseguradoras.

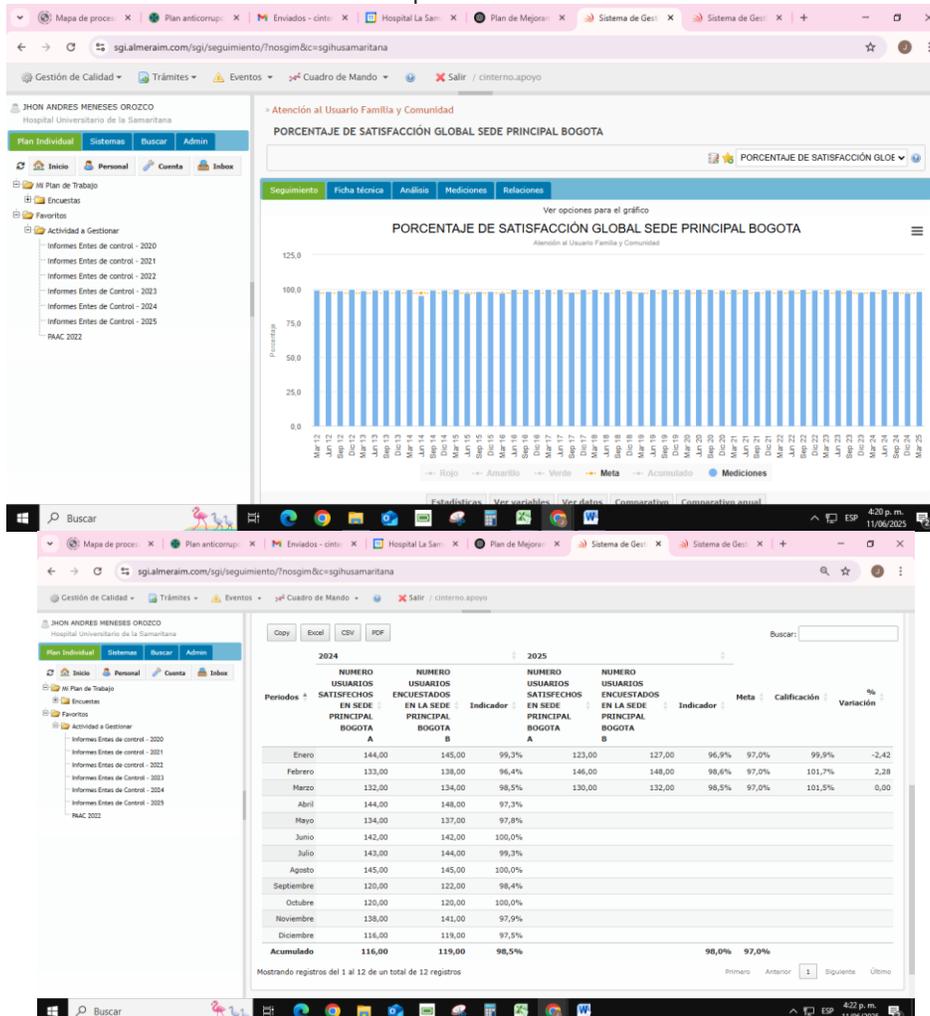
1.9.2. Porcentaje de satisfacción global sede principal Bogotá

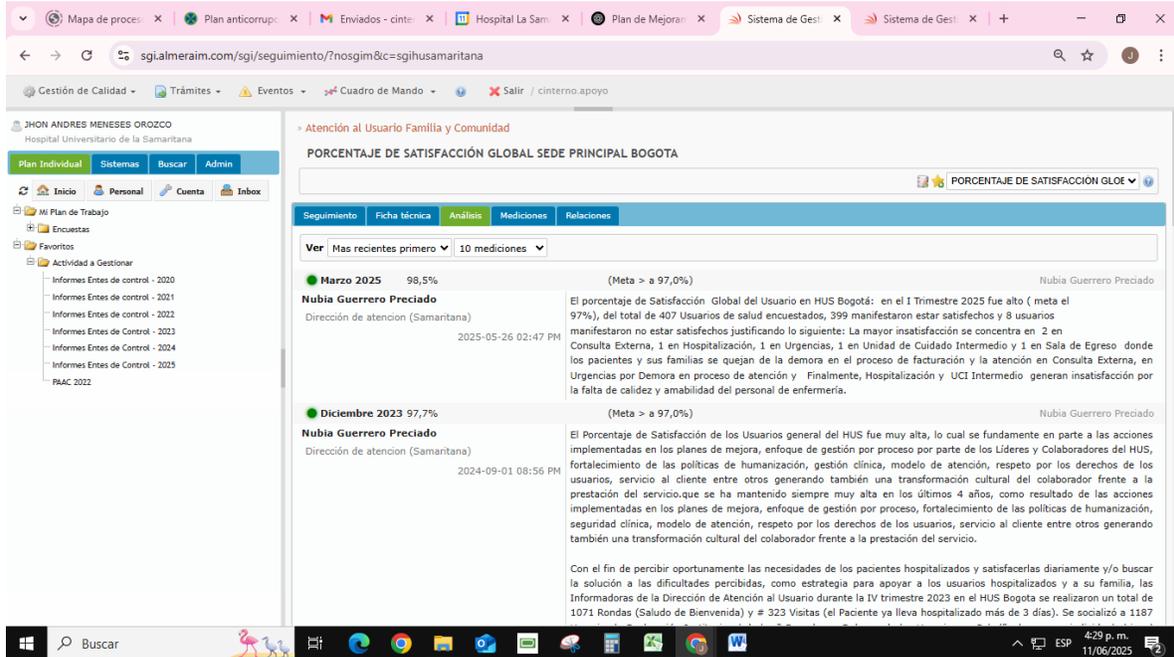
Indicador encontrado con el código 66. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Mensual
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número usuarios satisfechos en sede principal Bogotá / Número usuarios encuestados en la sede principal Bogotá

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:





El indicador presenta información actualizada hasta marzo de 2025, tanto en su gráfica como en el comparativo anual. Dado que su medición es mensual y el análisis se realiza de forma trimestral, el resultado corresponde al primer trimestre del año.

Durante este periodo, el Hospital Universitario de La Samaritana – sede Bogotá, alcanzó un alto nivel de satisfacción global del usuario, con un resultado de 98,5%, superando la meta establecida (>97%). De un total de 407 usuarios encuestados, 399 manifestaron estar satisfechos con la atención recibida. Las principales causas de insatisfacción reportadas por 8 usuarios se relacionan con demoras en facturación y atención, así como falta de amabilidad del personal en algunos servicios. Aunque el resultado es positivo, se evidencian oportunidades de mejora en atención oportuna y trato humanizado.

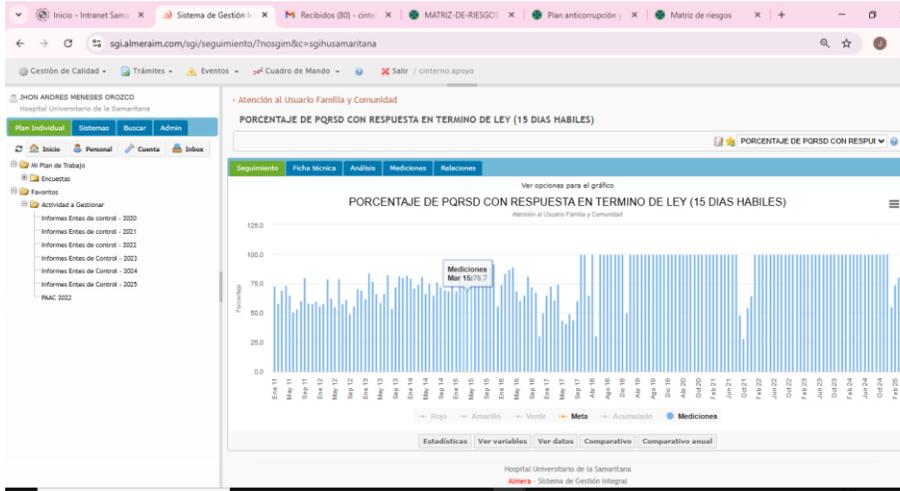
1.9.3. Porcentaje de PQRSDf con respuesta en términos de Ley (15 días hábiles)

Indicador encontrado con el código 69. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Mensual
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número total de Peticiones (Quejas-Reclamos- Denuncias-Sugerencias) con respuestas al usuario dentro de los 15 días hábiles a la Radicación / Número de PQRSDf (Quejas - Reclamos – Denuncias -Sugerencias) Radicadas

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Periodos	2024			2025			Meta	Calificación
	NUMERO TOTAL DE PETICIONES(QUEJAS-RECLAMOS-DENUNCIAS-SUGERENCIAS) CON RESPUESTA AL USUARIO DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA RADICACION A	NUMERO DE PQRSO (PETICIONES-QUEJAS-RECLAMOS-DENUNCIAS) RADICADAS B	Indicador	NUMERO TOTAL DE PETICIONES(QUEJAS-RECLAMOS-DENUNCIAS-SUGERENCIAS) CON RESPUESTA AL USUARIO DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA RADICACION A	NUMERO DE PQRSO (PETICIONES-QUEJAS-RECLAMOS-DENUNCIAS) RADICADAS B	Indicador		
Enero	172,00	172,00	100,0%	81,00	146,00	55,5%	0,0%	100,0%
Febrero	200,00	200,00	100,0%	109,00	148,00	73,6%	0,0%	100,0%
Marzo	127,00	127,00	100,0%	89,00	111,00	80,2%	0,0%	100,0%
Abril	207,00	207,00	100,0%					
Mayo	194,00	194,00	100,0%					
Junio	117,00	117,00	100,0%					
Julio	106,00	106,00	100,0%					
Agosto	201,00	201,00	100,0%					
Septiembre	177,00	177,00	100,0%					
Octubre	159,00	159,00	100,0%					
Noviembre	140,00	140,00	100,0%					
Diciembre	111,00	111,00	100,0%					
Acumulado	111,00	111,00	100,0%			69,8%	0,0%	

Mostrando registros del 1 al 12 de un total de 12 registros

Buscar en Indicadores

Porcentaje de PQRSO COP

Porcentaje de PQRSO con respuesta en termino de ley (15 dias habiles) (proceso)

3 resultados

Septiembre 2024 100,0% (Meta >= 0,0%) defensor.subdirector

Del total de radicados de PQRSDF 704 en el III trimestre de 2024, se emitió respuesta a Quejas, Reclamos, Sugerecias, y Denuncias a un total de 324 al 100% quedando pendiente dar respuesta a Denuncia 1, 20 quejas y 44 reclamos los cuales vencen el plazo de los 15 días hábiles posterior al 30 de septiembre de 2024.

En conclusión, se dio respuesta al 100% durante el III trimestre 2024 de todas las PQRSDF en términos de ley, no se materializó el riesgo del proceso, por el monitoreo y control del riesgo.

Junio 2024 100,0% (Meta >= 0,0%) Nubia Guerrero Preciado

Durante el segundo trimestre de 2024 se recibió en la Subdirección de defensoría del Usuario por los diferentes medios de radiación un total de 548 PQRSDF de las cuales 629 se encuentran cerradas y 19 en tramite (5 peticiones, 3 quejas, 9 reclamos y 2 sugerencias) correspondientes al mes de junio los cuales de encuentran dentro de términos para su respuesta. Cabe resaltar que en trimestre se presentaron 130 radicados de felicitaciones aumentando en un 32% con relación al trimestre del año inmediatamente anterior.

El porcentaje de respuesta oportuna en el trimestre fue del 97% lo que permite concluir que se dio respuesta oportuna dentro de términos de ley.

Marzo 2024 100,0% (Meta >= 0,0%) Nubia Guerrero Preciado

Durante el primer trimestre de 2024, se recibieron un total de 620 Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerecias y Denuncias (PQRSO), de estas, 121 fueron felicitaciones, lo que significa que se emite respuesta a 499 manifestaciones.

El nivel de respuesta oportuna fue del 98%, lo que equivale a responder dentro de los primeros 15 días hábiles a 479

Fuente: Aplicativo Almera 2025

A la fecha de corte de la auditoría (11 de junio de 2025), se observó que la gráfica del indicador presentaba datos únicamente hasta febrero de 2025. En la sección de comparativo anual, los registros estaban desactualizados hasta marzo de 2024, y el análisis publicado en el sistema Almera solo abarcaba hasta septiembre de 2024, a pesar de que la periodicidad establecida es mensual y su análisis se realiza de forma trimestral.

Posterior a la emisión del informe preliminar, el proceso auditado presentó el análisis actualizado correspondiente al IV trimestre de 2024 y al I trimestre de 2025, lo cual permite considerar subsanado este hallazgo específico.

Este avance será considerado en el análisis integral de los indicadores del proceso, en el marco de la evaluación final de la recomendación general formulada.

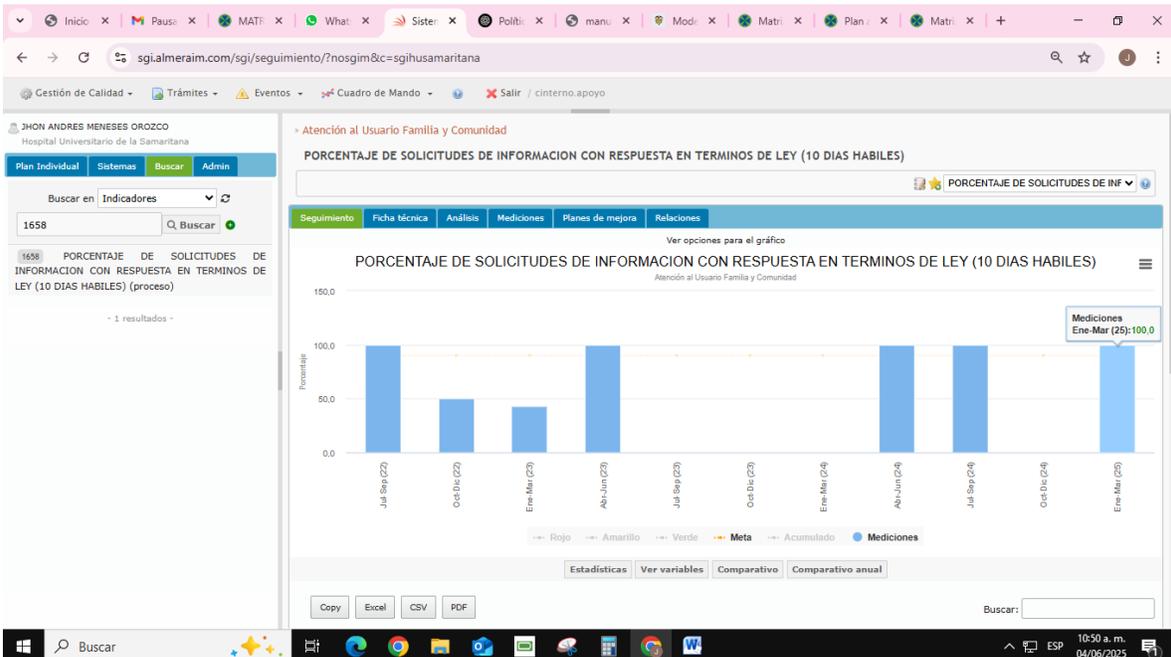
1.9.4. Porcentaje de solicitudes de información con respuesta en términos de Ley (10 Días Hábiles)

Indicador encontrado con el código 1658. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número total de solicitudes de información con respuesta al usuario dentro de los 10 días hábiles siguientes a la radicación / Número de solicitudes de la información radicada

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

https://sgi.almeraim.com/cgi/secciones/?a=indicadores&opcion=seguimientoindicador&indicadorid=5094#subtabPage2

Fuente: Aplicativo Almera 2025

En la versión preliminar del informe se evidenció que, aunque el indicador presentaba información gráfica y comparativa correspondiente al primer trimestre de 2025 (enero a marzo), no se incluía una interpretación ni valoración de los datos, a pesar de que la periodicidad establecida para el análisis es trimestral.

Posteriormente, el proceso auditado complementó la información y presentó el análisis correspondiente a dicho periodo, atendiendo la observación formulada. Esta acción contribuye a subsanar el hallazgo inicialmente identificado y será tenida en cuenta dentro del análisis integral de los indicadores del proceso.

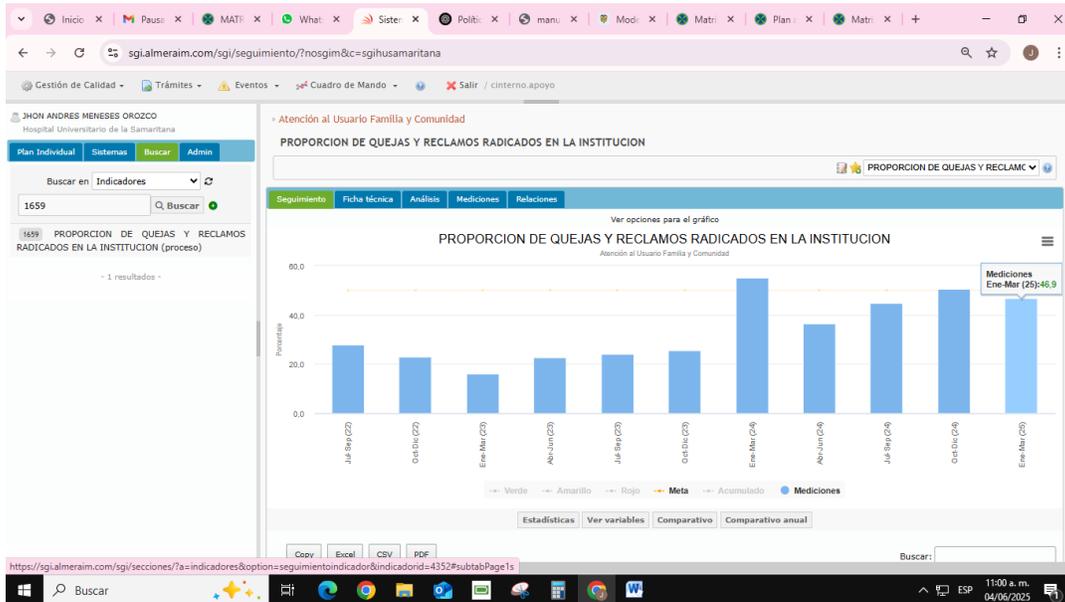
1.9.5. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución

Indicador encontrado con el código 1659. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

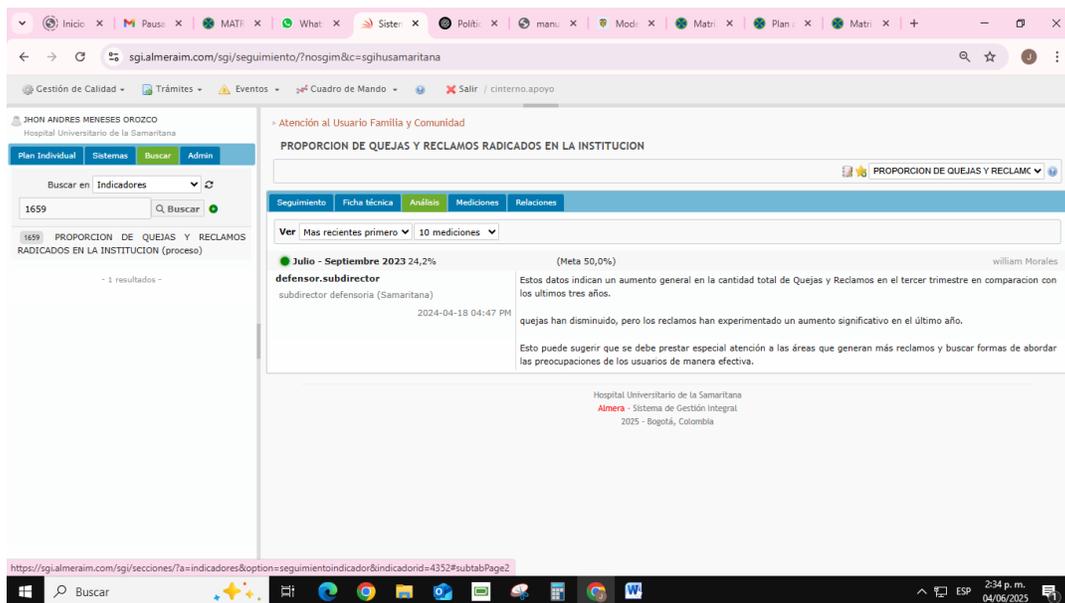
- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más reclamos radicados en la institución / Número de PQRSDf (Peticiónes - Quejas - Reclamos - Denuncias - Sugerencias - Felicitaciones - Solicitudes de Información) Radicadas

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Inicialmente se evidenció que, aunque el indicador contaba con información gráfica actualizada al primer trimestre de 2025, el análisis correspondía a julio y septiembre de 2023.

Posteriormente, el proceso auditado entregó el análisis actualizado, con base en los datos disponibles del primer trimestre de 2025, lo cual subsana el hallazgo puntual y será considerado en la evaluación global del proceso.

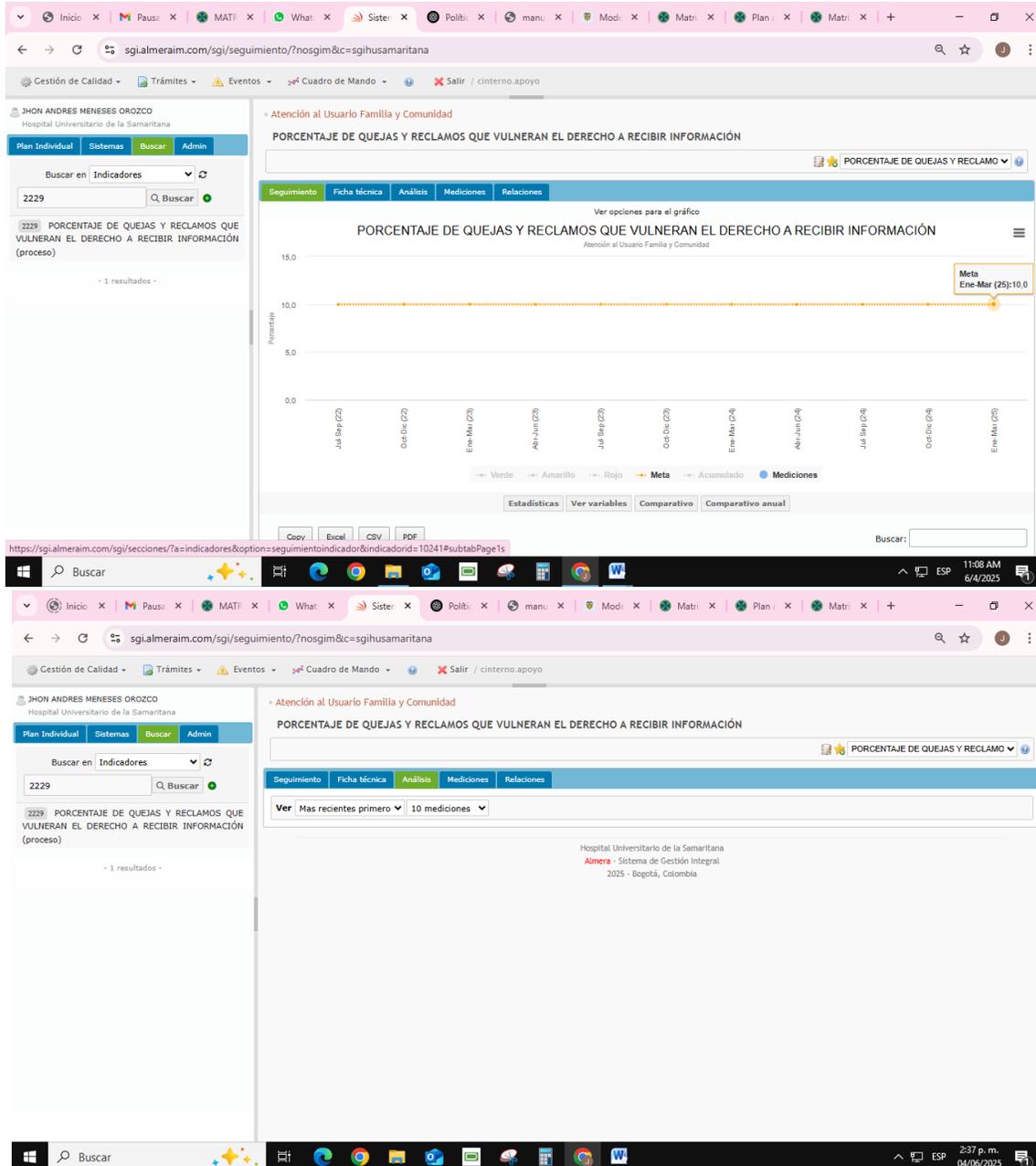
1.9.6. Porcentaje de Quejas y Reclamos que vulneran el Derecho a recibir información

Indicador encontrado con el código 2229. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

• **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas y Reclamos con causa de falta de Información, Orientación o Apoyo por parte de las Informadoras / Número total de Quejas y Reclamos tramitadas

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que el indicador presenta datos actualizados en la gráfica y en el comparativo anual correspondientes al primer trimestre de 2025 (enero a marzo); no obstante, el análisis del indicador no contiene ninguna información, a pesar de que su frecuencia es trimestral y su finalidad es apoyar la gestión institucional de la prestación de servicios. En consecuencia, se recomienda incorporar el análisis correspondiente al periodo evaluado, con base en los datos reportados, a fin de facilitar la interpretación de los resultados, la toma de decisiones oportunas y la implementación de acciones de mejora relacionadas con la orientación y apoyo brindado por parte del personal informador.

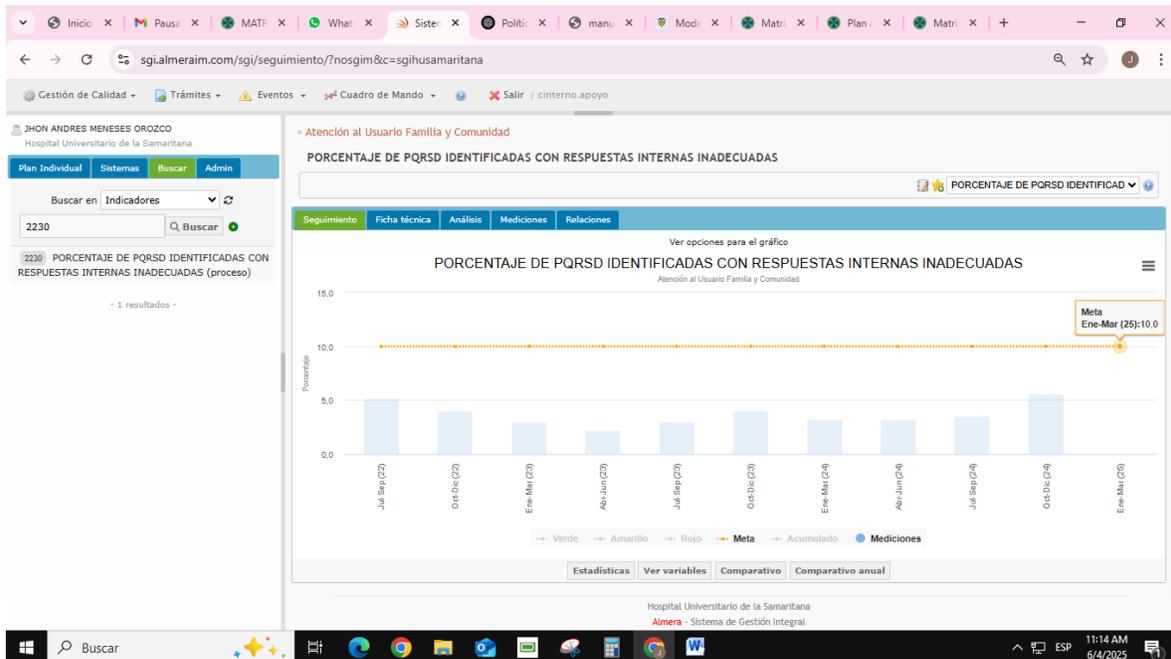
1.9.7. Porcentaje de PQRSDf identificadas con respuestas internas inadecuadas

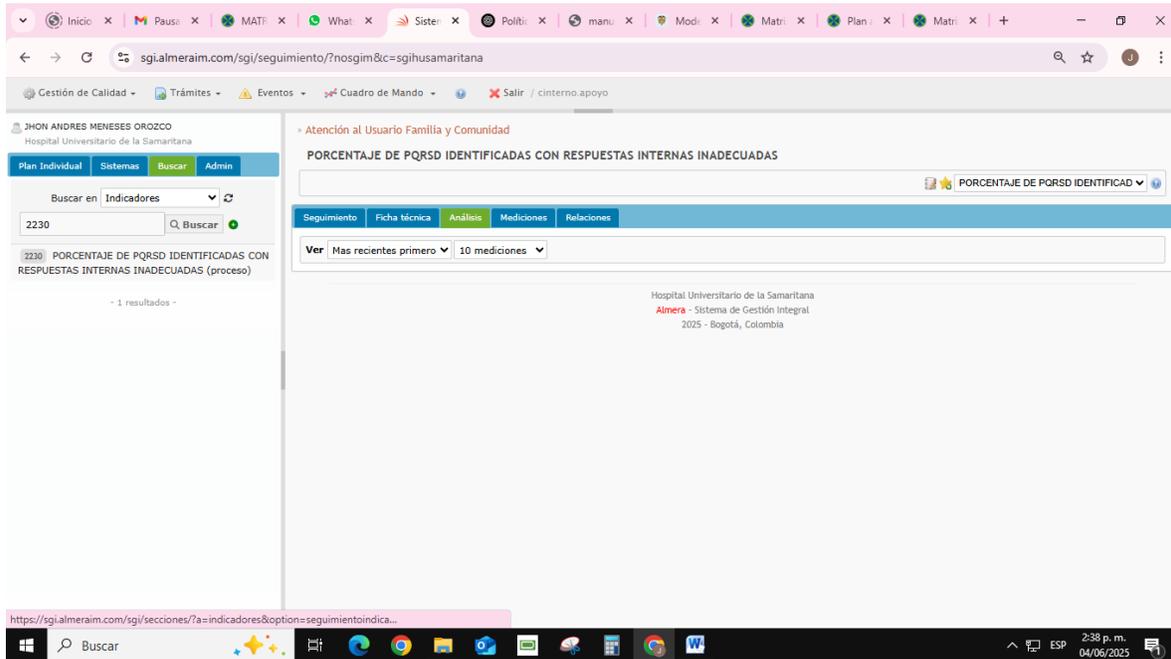
Indicador encontrado con el código 2230. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variabes	Total de PQRSDf identificadas con respuesta interna inadecuada / Total de respuestas internas tramitadas de PQRSDf

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:





Fuente: Aplicativo Almera 2025

En la auditoría preliminar se evidenció que, si bien el indicador contaba con datos actualizados en la gráfica y en el comparativo anual correspondientes al primer trimestre de 2025 (enero a marzo), no se incluía ningún análisis que permitiera interpretar los resultados reportados. Esto a pesar de que la frecuencia definida para su evaluación es trimestral y su propósito está orientado a fortalecer la calidad en la prestación de los servicios.

Posteriormente, el proceso auditado presentó el análisis correspondiente al periodo evaluado, incluyendo la interpretación de los datos reportados para el primer trimestre de 2025. Esta acción permite subsanar el hallazgo específico inicialmente identificado, y será considerada dentro del análisis integral de los indicadores en el informe final de auditoría.

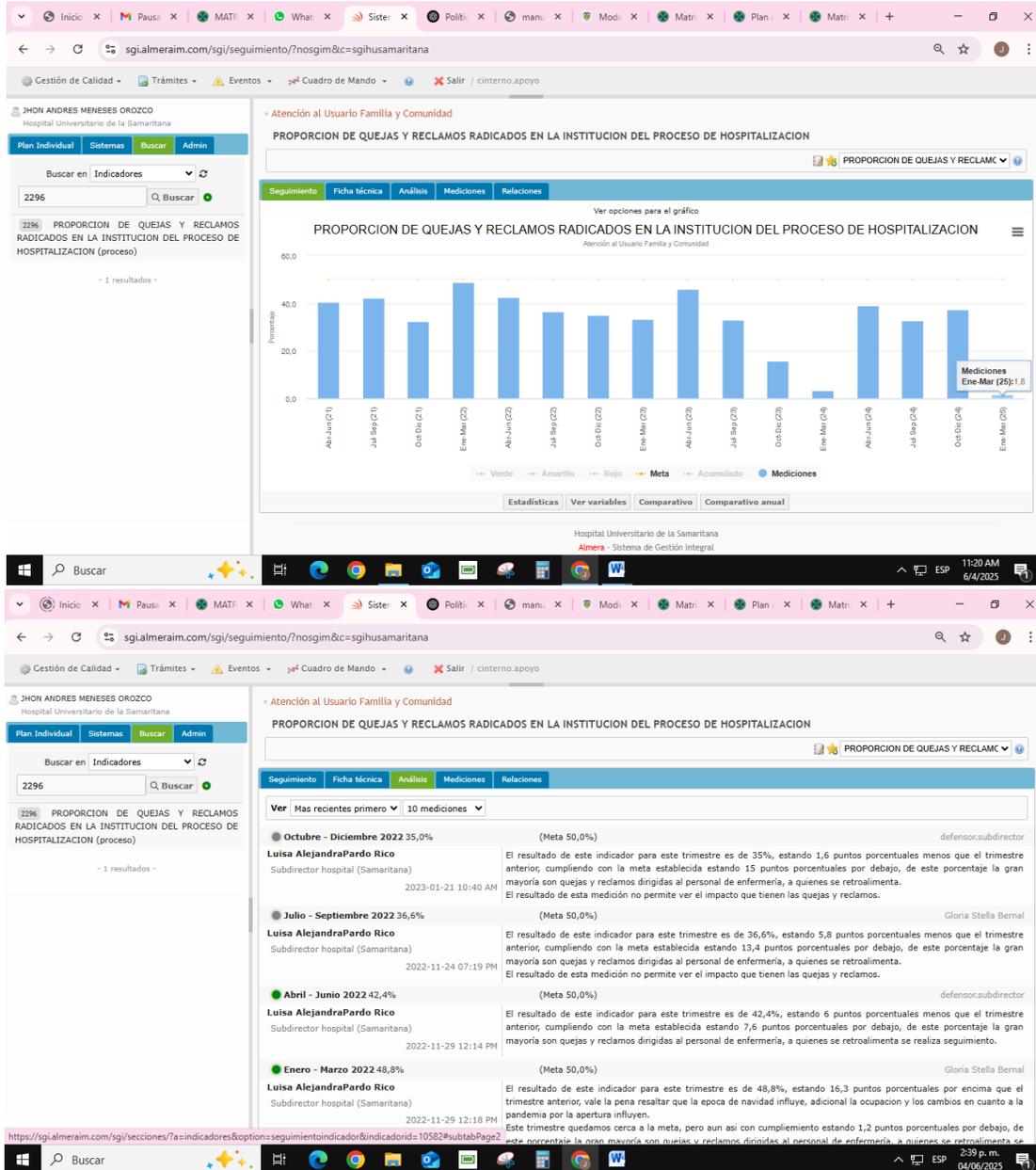
1.9.8. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hospitalización

Indicador encontrado con el código 2296. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hospitalización / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2022. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

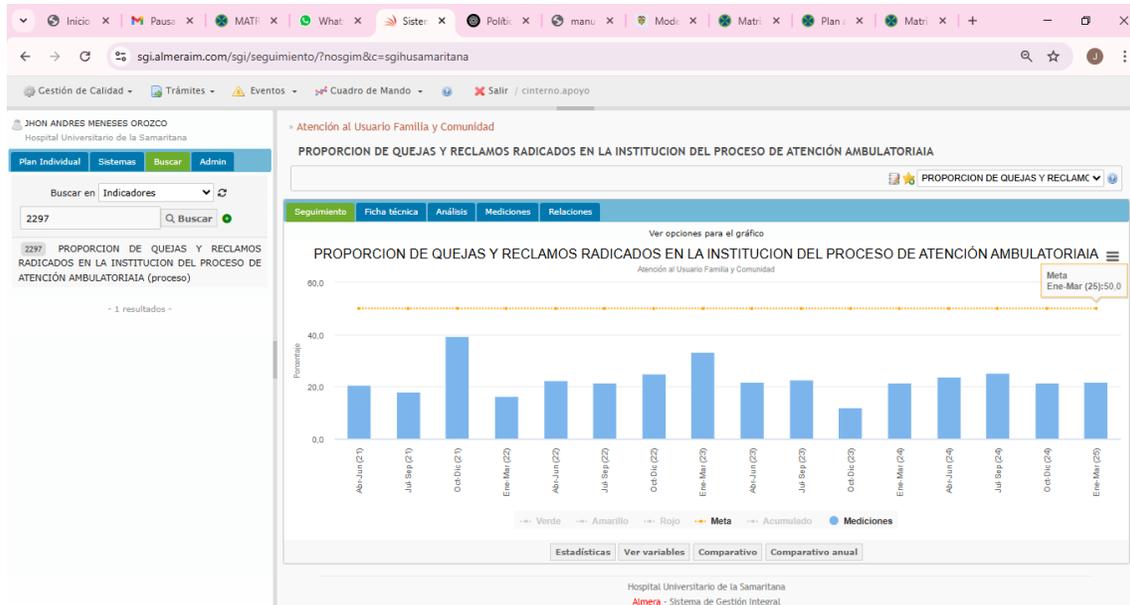
1.9.9. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Ambulatoria

Indicador encontrado con el código 2297. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

• **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Ambulatoria / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Hospital Universitario de la Samaritana

Atención al Usuario Familia y Comunidad

PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIAIA

Ver Mas recientes primero 10 mediciones

● Enero - Marzo 2025 21,9% (Meta 50,0%) defensor.subdirector

Alexandra Beltran Suarez
Subdirector Cexterna (Samaritana)

2025-05-14 03:39 PM

En el I trimestre del 2025 en el Proceso de Gestión de servicios Ambulatorios por cada 1000 pacientes atendidos, 3 interpusieron una QR, se mantuvo al comparar con el año anterior.

En el I trimestre, se presentó aumento en las felicitaciones hacia el proceso, ya que en el IV trim del 2024 no se recibieron felicitaciones.

Para mejorar la clasificación de las PQRS y evitando así procesos, se viene retroalimentando a los auxiliares de la Defensoría del Usuario, concentrando su clasificación y derivación correcta hacia áreas como cirugía, Imágenes diagnósticas, otra sede, no pertinencia por edad, por direccionamiento a otra IPS, por no oferta del servicio. Se enviaron volantes tanto en físico como por correo, para consultar la información y orientar correctamente a los usuarios y derivar las PQRS.

I trim. Se presenta el comportamiento de las QR (nd. 2297). Se observa un aumento en la presentación de quejas y reclamos (QR) hacia Consulta Externa en el I trimestre, en donde se presentaron 39QR (2Q + 37R, mientras que en el mismo trimestre del año 2024, fueron 30 QR; lo anterior, a expensas de que el proveedor de central de citas, aún se encuentra en desarrollos con IA (inteligencia artificial, para que a mediano plazo, mejore la experiencia del usuario en la oportunidad al responder los medios de asignación).

La QR más frecuente en el I trim fue:

R. Dificultad en la comunicación telefónica para asignación de citas, aumentó al comparar con el año anterior, debido al cambio de la central de citas (de 12 operadores para las 3 sedes, se bajó a 8 por costos; y a partir del oct/24 bajó de 8

Fuente: Aplicativo Almera 2025

El indicador presenta información actualizada a marzo de 2025, con una medición trimestral. Reporta 21,9%, por debajo de la meta (50%). Aunque se mantiene el número de QR por cada 1.000 pacientes frente al año anterior, se incrementaron las quejas por dificultades en la asignación telefónica de citas, debido a la reducción de operadores y ajustes por implementación de inteligencia artificial. También aumentaron las PQ por demoras en especialidades con alta demanda como Hematología y Reumatología, impactadas por traslados de usuarios de otras IPS. Se adelantan acciones para mejorar la clasificación de PQRSDf y orientar a los usuarios hacia canales adecuados.

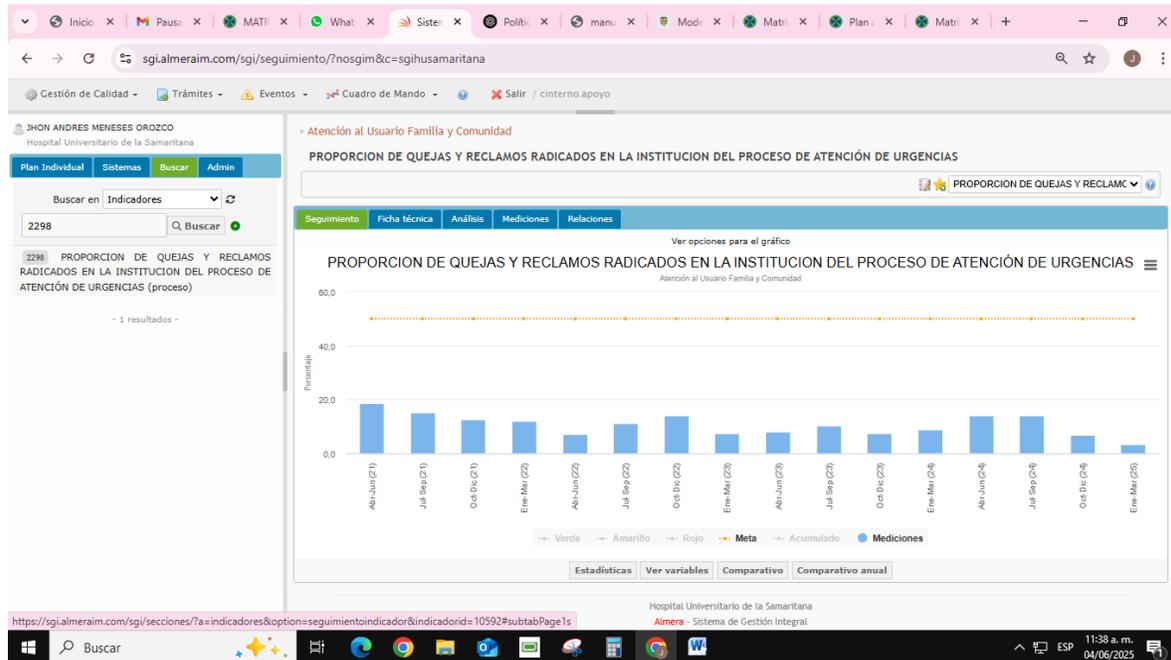
1.9.10. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención de Urgencias

Indicador encontrado con el código 2298. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención de Urgencias / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



The screenshot shows a web application interface for 'Atención al Usuario Familia y Comunidad'. The main content area displays a report titled 'PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE ATENCION DE URGENCIAS'. The report includes a search bar with the value '2298' and a 'Buscar' button. Below the search bar, there are two data points:

- Abril - Junio 2024 14,0%** (Meta 50,0%) - Subdirector Urgencias (Samaritana). The text describes a total of 24 complaints and claims in the second trimester of 2024, with a 49% increase compared to the first trimester. It lists causes such as 'Falta de calidad y Trato Amable' and 'Perdida de elementos personales del usuario'.
- Enero - Marzo 2024 8,8%** (Meta 50,0%) - Subdirector Urgencias (Samaritana). The text describes a total of 17 complaints and claims in the first trimester of 2024.

The interface also shows a navigation menu with options like 'Seguimiento', 'Ficha técnica', 'Análisis', 'Mediciones', and 'Relaciones'. The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the date '04/06/2025' and time '2:41 p.m.'.

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que, si bien la gráfica y el comparativo del indicador presentan información correspondiente al primer trimestre de 2025 (enero a marzo), el análisis reportado se encuentra desactualizado, ya que solo hace referencia al periodo abril - junio de 2024. Se recomienda actualizar el análisis correspondiente al indicador de acuerdo con la información más reciente presentada, con el fin de garantizar la coherencia entre los datos y su interpretación.

1.9.11. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hotelería Hospitalaria

Indicador encontrado con el código 2299. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Hotelería Hospitalaria / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:

Atención al Usuario Familia y Comunidad

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE HOTELERIA HOSPITALARIA

Ver opciones para el gráfico

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE HOTELERIA HOSPITALARIA

Atención al Usuario Familia y Comunidad

Periodo	Porcentaje	Meta
Ab-Jun (21)	~5.0%	20.0%
Jul-Sep (21)	~2.0%	20.0%
Oct-Dic (21)	~2.0%	20.0%
Ene-Mar (22)	~2.0%	20.0%
Ab-Jun (22)	~2.0%	20.0%
Jul-Sep (22)	~2.0%	20.0%
Oct-Dic (22)	~2.0%	20.0%
Ene-Mar (23)	~5.0%	20.0%
Ab-Jun (23)	~2.0%	20.0%
Jul-Sep (23)	~2.0%	20.0%
Oct-Dic (23)	~2.0%	20.0%
Ene-Mar (24)	~2.0%	20.0%
Ab-Jun (24)	~2.0%	20.0%
Jul-Sep (24)	~2.0%	20.0%
Oct-Dic (24)	~2.0%	20.0%
Ene-Mar (25)	~2.0%	20.0%

Ver Mas recientes primero | 10 mediciones

● Octubre - Diciembre 2023 0,0% (Meta 20,0%)
 defensor.subdirector
hoteleria.subdirect
 Subdirector hoteleria (Samaritana)
 2024-01-15 08:38 AM
 Para el cuarto periodo de 2024, hay una queja asociada al proceso de Gestión de Hotelería Hospitalaria pero de voz de cliente interno, la cual tuvo traslado al área de Talento Humano para dar curso y respuesta, por lo demás no hubo quejas de usuarios en el periodo, por tanto se cumple con la meta

● Julio - Septiembre 2023 1,8% (Meta 20,0%)
 defensor.subdirector
hoteleria.subdirect
 Subdirector hoteleria (Samaritana)
 2023-10-18 12:28 PM
 Para el tercer trimestre de 2023, se presentan dos reclamos y una queja. La queja hace referencia a la limpieza en una habitación, donde presuntamente el usuario indica que no se realiza de manera adecuada el procedimiento por que solo el operario se remite a realizar aspersión de agua con un atomizador, para lo cual se responde la queja aclarando que efectivamente el procedimiento se realiza con insumos en atomizador para evitar derrames de agua y que no es agua lo que aplican sino son multiusos y desinfectante. Un reclamo esta asociado a la no entrega de una dieta a un paciente, donde también se explica a la usaria que pasado el tiempo de comida 45 minutos después de servicio se debe retirar por riesgos de contaminación de alimentos por su cadena de conservación y se debe pasar el siguiente tiempo de comida. Por último se presenta un reclamo por la limpieza de una habitación de un paciente en aislamiento que presume una discriminación y donde se aclara al peticionario que hay una programación del plan de trabajo diario y se explican los procedimientos de limpieza en ese tipo de criterio médico para aclarar al paciente. Por lo anterior se cumple con la meta y no hay mérito a Plan de Mejora.

● Abril - Junio 2023 0,7% (Meta 20,0%)
 defensor.subdirector
hoteleria.subdirect
 Subdirector hoteleria (Samaritana)
 2023-07-17 07:35 AM
 El indicador tiene resultados positivo frente a las PQRS del proceso; sin embargo se reportó una queja por pérdida de elementos, que en realidad es un tema que no fue posible comprobar; se presentan dos quejas de un colaborador de la empresa de Aseo, el cual se intervino y al no tener resultados fue rotado de la institución; en una queja de la limpieza y desinfección se sostienen las capacitaciones al personal de aseo con talleres y entrenamiento; y en esta misma queja hay

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña se encuentra desactualizado, ya que hace referencia únicamente al periodo octubre – diciembre de 2023. Se recomienda actualizar el análisis correspondiente al indicador conforme a la información más reciente, con el fin de asegurar su coherencia y utilidad en la toma de decisiones institucionales.

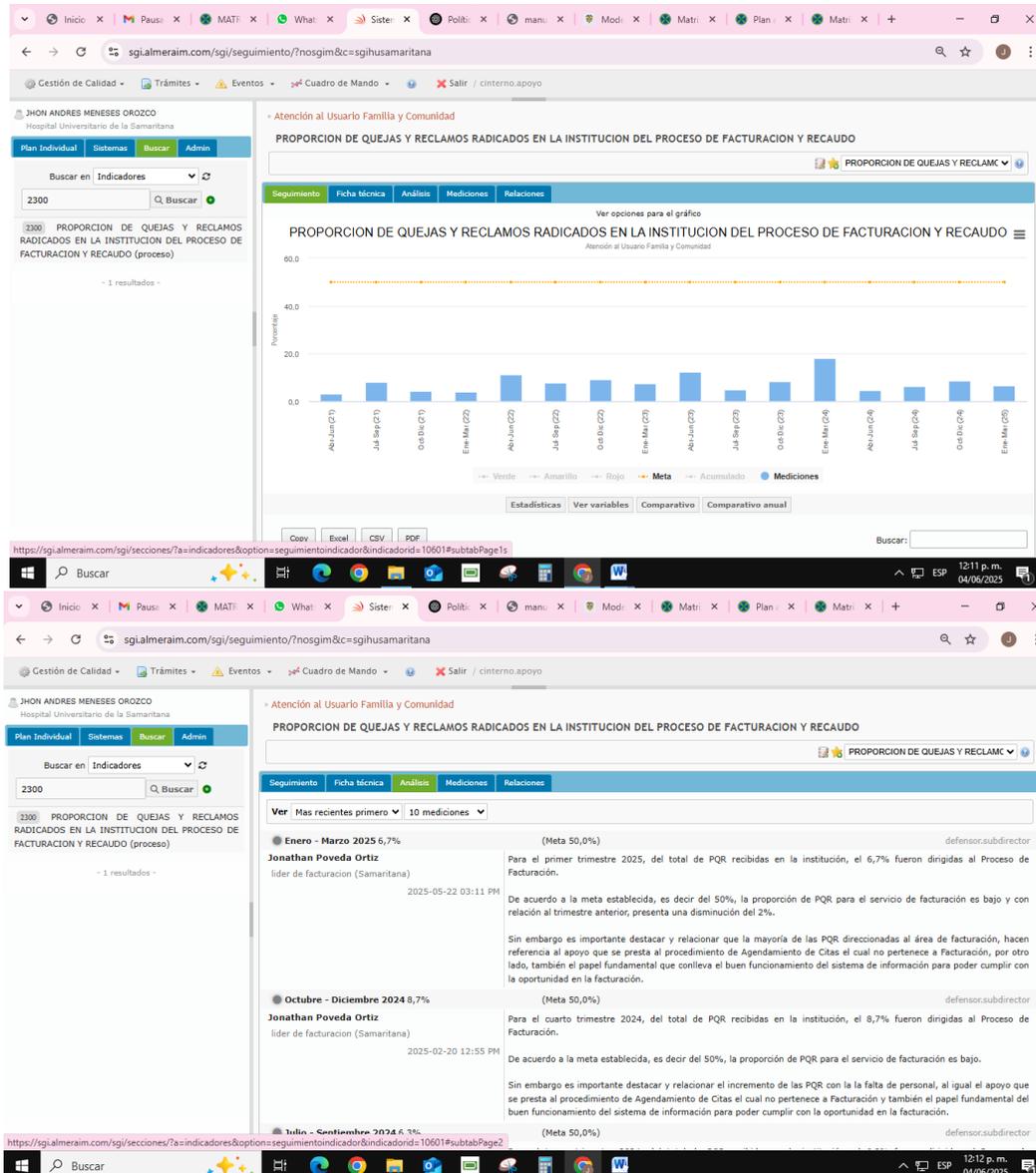
1.9.12. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Facturación y Recaudo

Indicador encontrado con el código 2300. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Facturación y Recaudo / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador corresponden al primer trimestre de 2025 (enero-marzo), conforme a la frecuencia trimestral establecida. El informe señala que el 6,7% de las PQRSDF recibidas fueron dirigidas al Proceso de Facturación, frente a una meta del 50%, lo que representa una disminución del 2% respecto al trimestre anterior.

Se destaca que muchas de estas PQRSDF están relacionadas con el agendamiento de citas, proceso que no depende directamente de Facturación, y que el buen funcionamiento del sistema de información es clave para mejorar la oportunidad en este servicio.

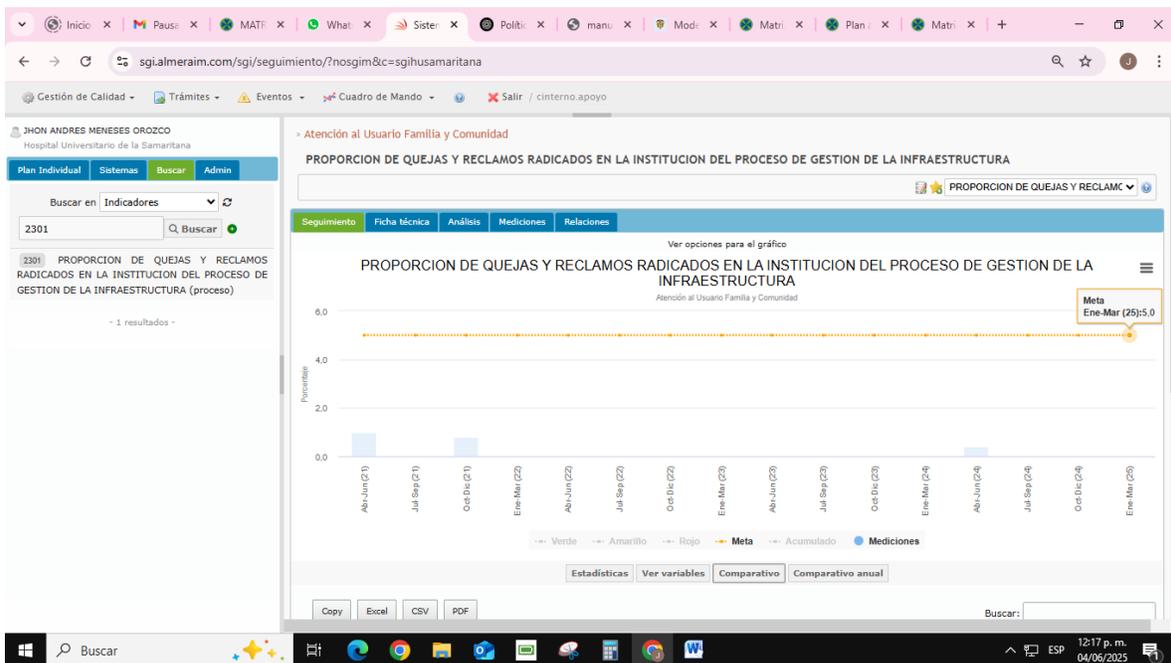
1.9.13. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de la Infraestructura

Indicador encontrado con el código 2301. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de la Infraestructura / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

The screenshot shows a web application interface for monitoring indicators. The main title is 'PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA'. Below the title, there are tabs for 'Seguimiento', 'Ficha técnica', 'Análisis', 'Mediciones', and 'Relaciones'. The 'Análisis' tab is active, showing a list of metrics for different periods. Each metric entry includes a date range, a percentage (0,0%), a target (Meta 5,0%), and a description. The descriptions state that no PQRs were presented during the analyzed periods, and the staff is incentivized to continue with their work. The user is identified as 'JEFFREY MANOLO TORRES VALLADARES'.

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2023. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

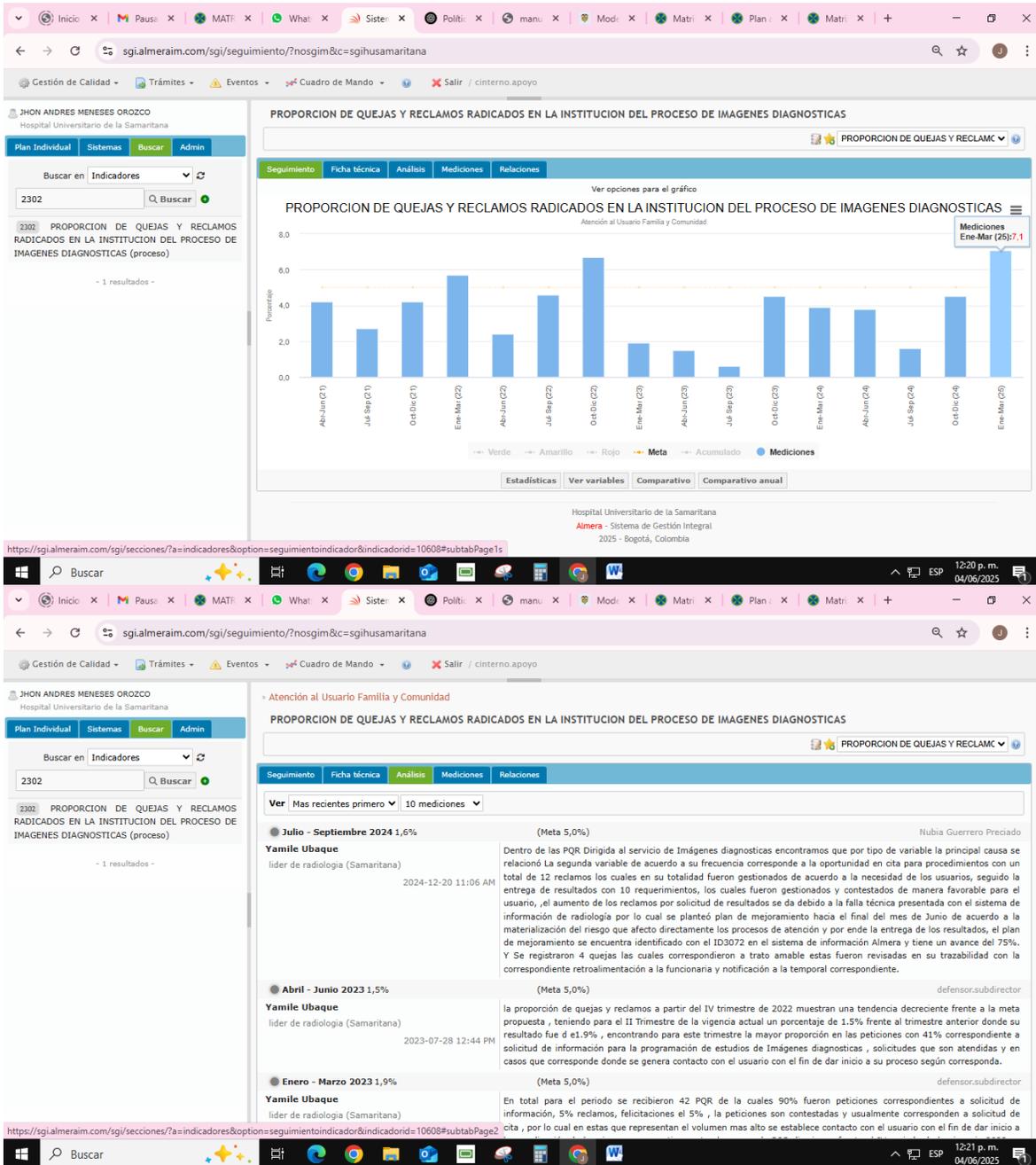
1.9.14. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Imágenes Diagnósticas

Indicador encontrado con el código 2302. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Imágenes Diagnósticas / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). Sin embargo, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que presenta datos del periodo julio – septiembre del año 2024. Se recomienda actualizar el análisis correspondiente al indicador, conforme a la información reportada para el periodo vigente.

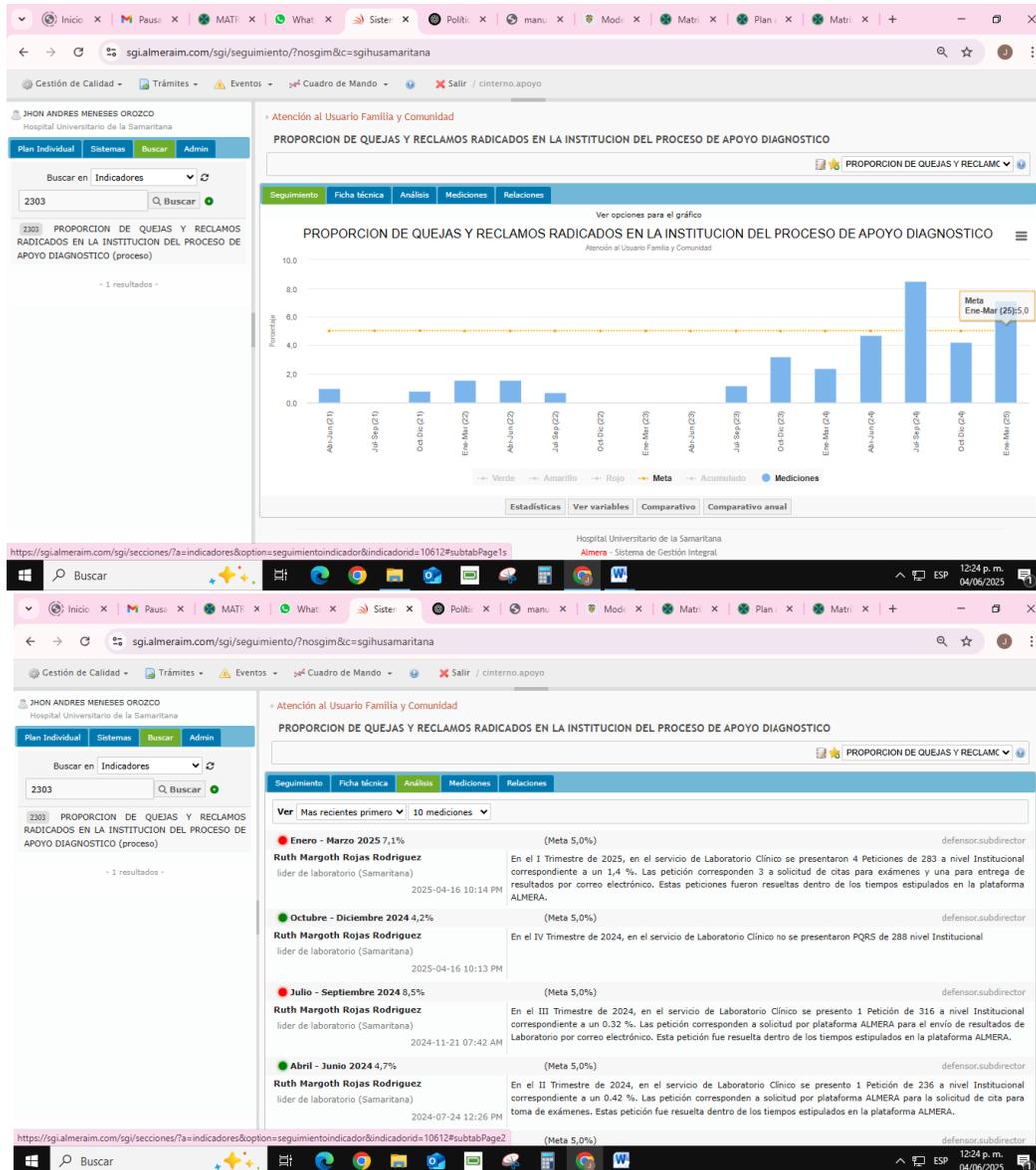
1.9.15. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Apoyo Diagnóstico

Indicador encontrado con el código 2303. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Apoyo Diagnóstico / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se verificó que la información del indicador corresponde al primer trimestre de 2025 se encuentra actualizada, conforme a la frecuencia trimestral. El análisis reporta un resultado de 7,1% frente a una meta del 5,0%. En el servicio de laboratorio clínico se recibieron 4 peticiones (1,4% del total institucional), relacionadas con solicitud de citas y entrega de resultados. Todas fueron resueltas oportunamente a través de la plataforma Almera, lo que evidencia una gestión oportuna; no obstante, los temas recurrentes sugieren oportunidades de mejora en la información al usuario y en los procesos de agendamiento y entrega de resultados.

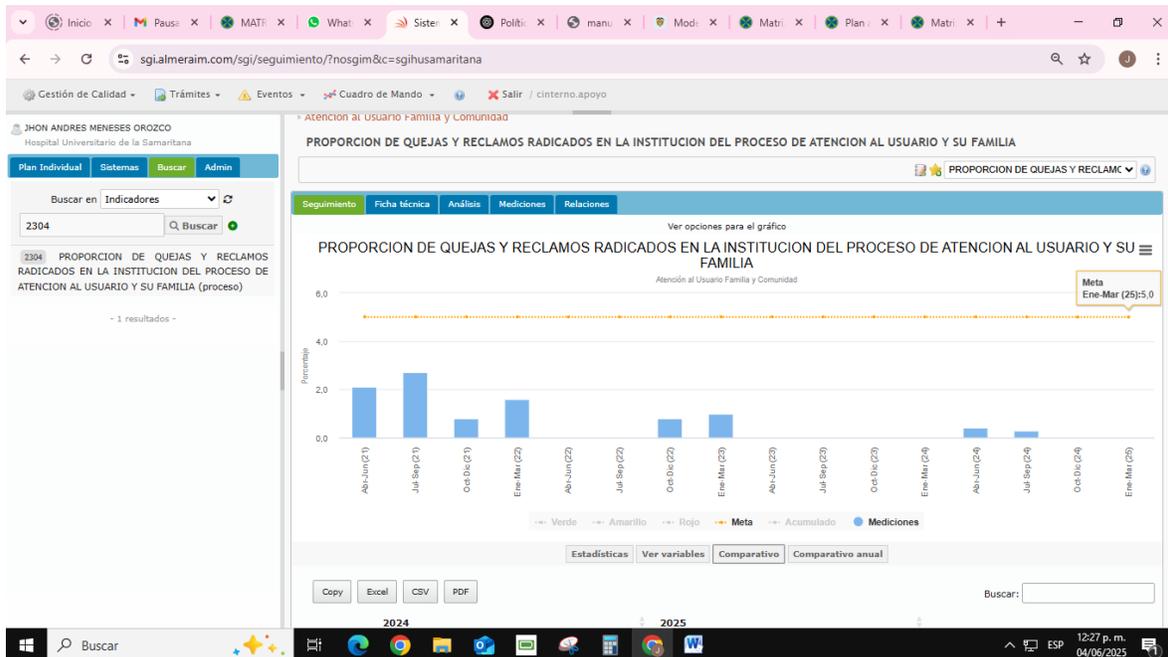
1.9.16. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención al Usuario y su Familia

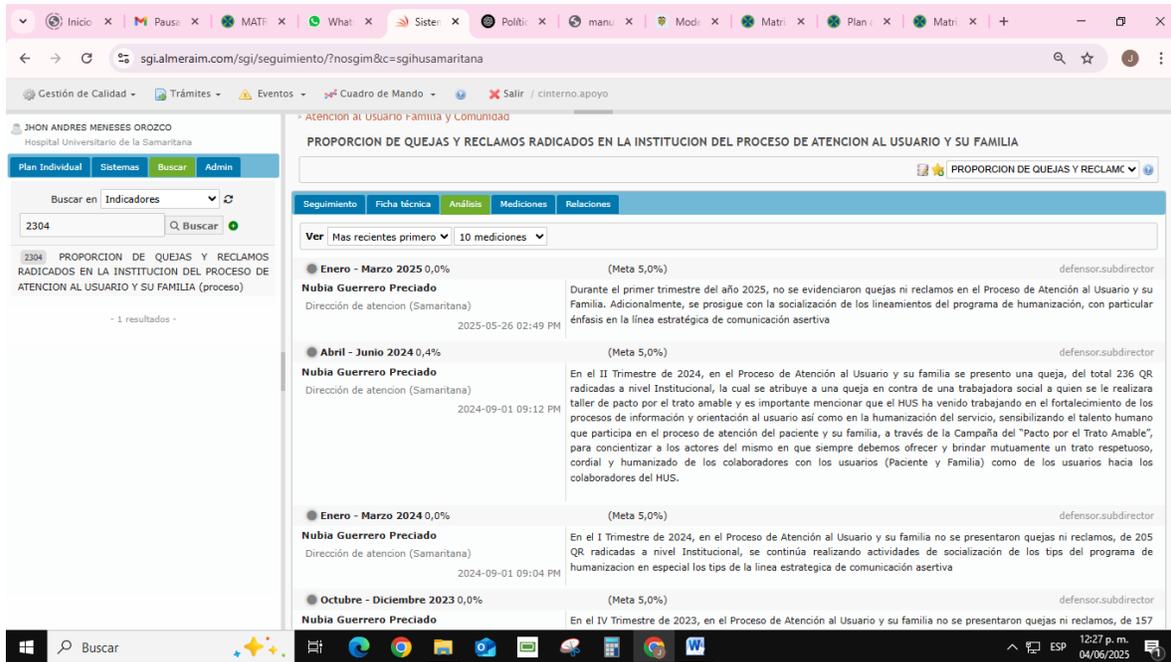
Indicador encontrado con el código 2304. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Total de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención al Usuario y su Familia / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:





Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador corresponden al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo), en concordancia con la frecuencia establecida. El análisis reporta un resultado de 0,0% frente a una meta del 5,0%.

Durante este periodo no se registraron quejas ni reclamos en el Proceso de Atención al Usuario y su Familia. Además, se continúa con la socialización de los lineamientos del programa de humanización, con énfasis en la línea estratégica de comunicación asertiva.

1.9.17. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención al Paciente Quirúrgico

Indicador encontrado con el código 2309. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de quejas más reclamos radicados en la institución del proceso de Atención al Paciente Quirúrgico / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:

Atención al Usuario Familia y Comunidad

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Ver opciones para el gráfico

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Atención al Usuario Familia y Comunidad

Ver opciones para el gráfico

Estadísticas Ver variables Comparativo Comparativo anual

Copy Excel CSV PDF

Buscar:

Atención al Usuario Familia y Comunidad

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCION DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Ver Mas recientes primero 10 mediciones

Ver Mas recientes primero 10 mediciones

Octubre - Diciembre 2024 0,3% (Meta 5,0%) defensor.subdirector

Carlos Harvey Jaimes
lider quirurgica (Samaritana)

2025-01-27 01:48 PM

Durante el cuarto trimestre de 2024, se presentó una queja relacionada con el proceso de atención quirúrgica de un total de 288 quejas radicadas en la institución, lo que representa el 0,3% del total institucional. Este resultado contrasta con el tercer trimestre de 2024, cuando el proceso quirúrgico no recibió ninguna queja o reclamo. Cabe resaltar que este porcentaje se encuentra significativamente por debajo de la meta establecida del 5%, reflejando un alto nivel de satisfacción en este servicio.

En comparación con el mismo trimestre del año anterior (2023), se registraron 25 quejas asociadas al proceso quirúrgico, de un total de 157 quejas institucionales, lo que representaba un 15,9% del total institucional. Esta evidencia una disminución del 96% en las quejas relacionadas con este proceso en el cuarto trimestre de 2024 frente al mismo periodo del año anterior.

Durante el año 2024, se gestionaron 27 quejas y reclamos relacionados con el proceso quirúrgico, lo que corresponde al 1,9% del total anual de quejas institucionales, cumpliendo ampliamente con la meta del 5%. En comparación, durante el 2023 se gestionaron 63 quejas y reclamos, lo que representaba el 4,3% del total anual de quejas institucionales, destacándose así una reducción del 57% en las quejas anuales en este proceso.

Las quejas recibidas durante 2024 estuvieron principalmente relacionadas con:

Oportunidad en la programación de cirugías por parte de las especialidades quirúrgicas.
Factores externos como retrasos en la disponibilidad de insumos y autorizaciones de procedimientos.
Aunque estas situaciones son gestionadas por el área quirúrgica, en muchos casos no son directamente atribuibles a sus procesos internos.

https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/?a=indicadores&option=seguimientoindicador&indicador=10640#subtabPage2

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2024. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

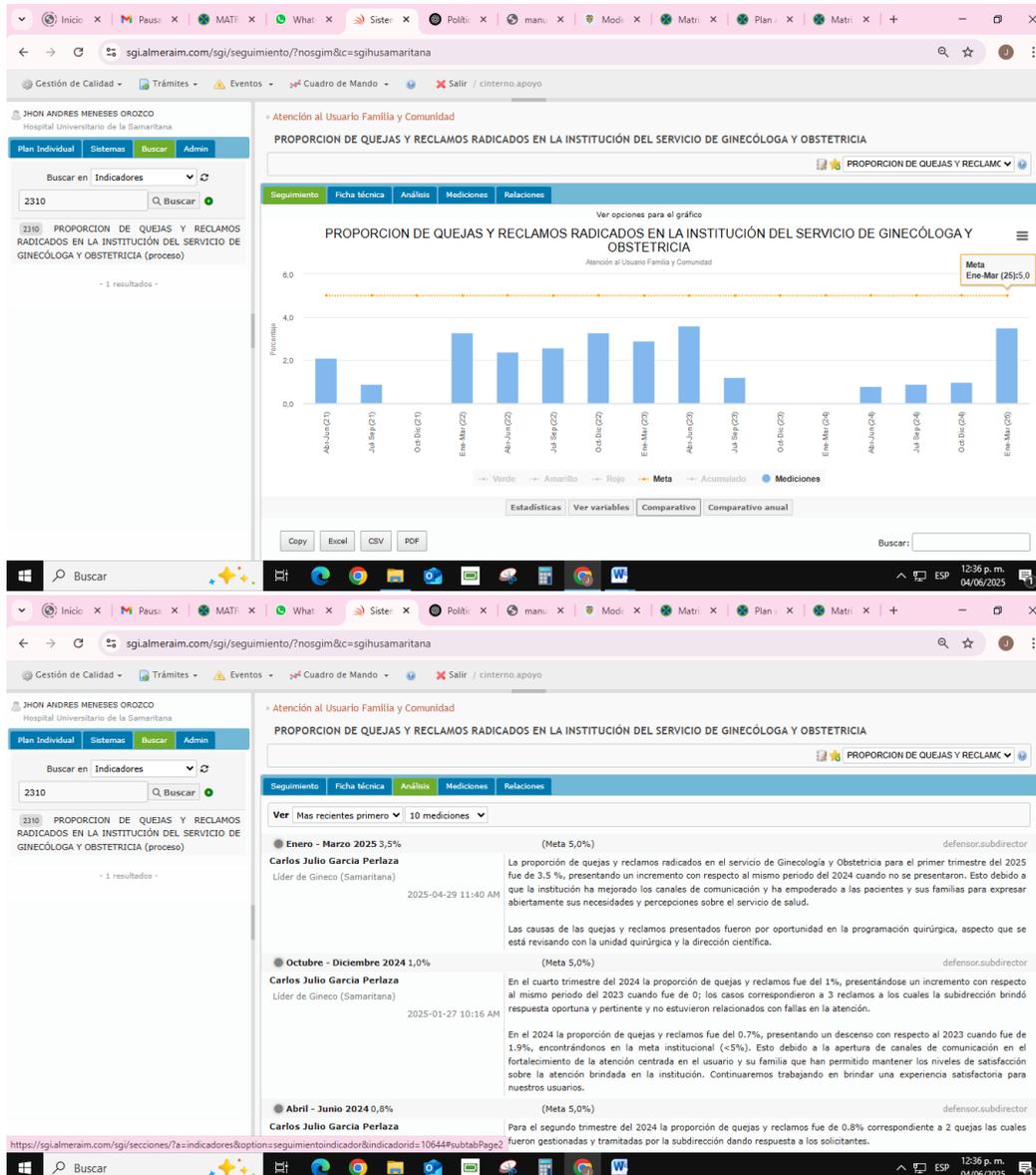
1.9.18. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Indicador encontrado con el código 2310. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de quejas más reclamos radicados en la institución del servicio de Ginecología y Obstetricia / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador corresponden al primer trimestre de 2025, conforme a la frecuencia establecida. El resultado fue de 3,5% frente a una meta del 5,0%.

Se evidenció un aumento frente al mismo periodo de 2024, cuando no se presentaron quejas. Este incremento se asocia a la mejora en los canales de comunicación y al empoderamiento de las usuarias. Las quejas estuvieron relacionadas con la oportunidad en la programación quirúrgica, aspecto que está siendo revisado por la unidad quirúrgica y la dirección científica.

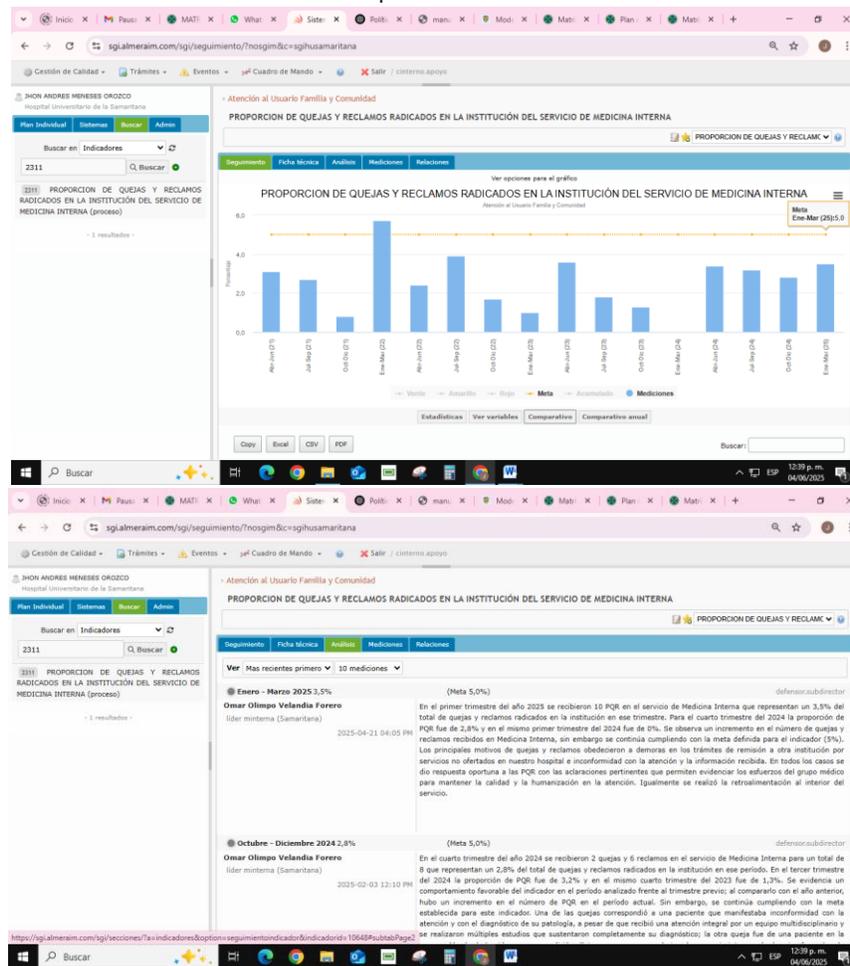
1.9.19. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Medicina Interna

Indicador encontrado con el código 2311. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Medicina Interna / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador corresponden al primer trimestre de 2025, en concordancia con la frecuencia establecida. El resultado fue de 3,5% frente a una meta del 5,0%. Durante este periodo se registraron 10 PQRSDF en el servicio de Medicina Interna, lo que representa un incremento frente al cuarto trimestre de 2024 (2,8%) y al mismo periodo del año anterior (0%). Los principales motivos estuvieron relacionados con demoras en trámites de remisión a otras instituciones y con la atención e información recibida.

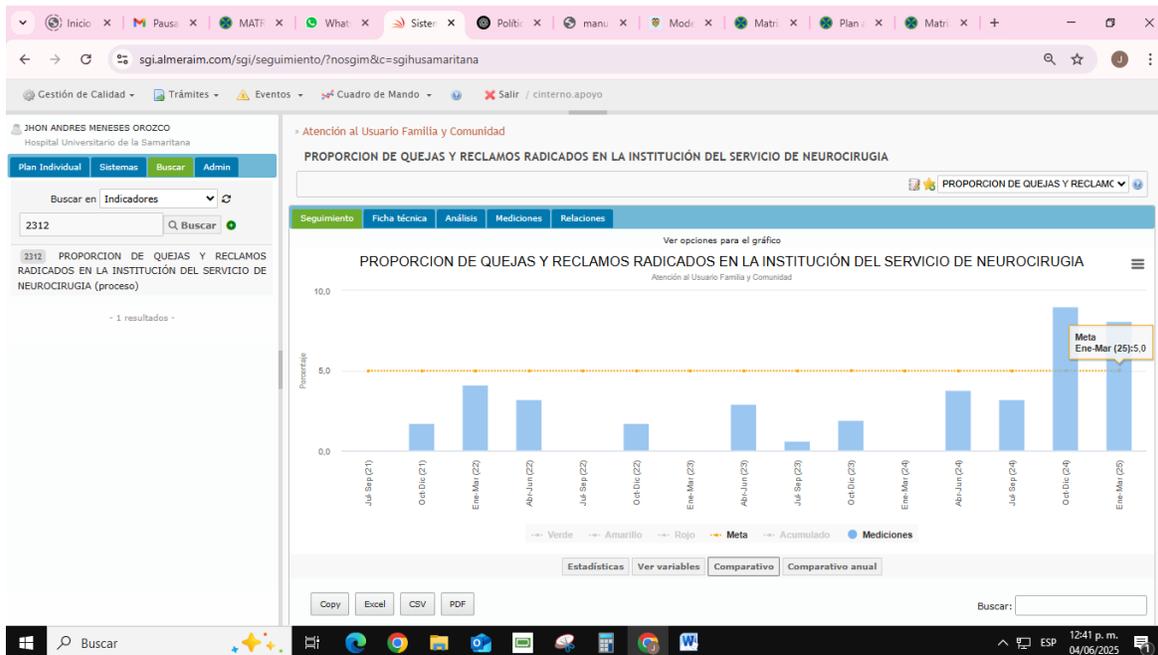
1.9.20. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Neurocirugía

Indicador encontrado con el código 2312. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Neurocirugía / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Atención al Usuario Familia y Comunidad

PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL SERVICIO DE NEUROCIROLOGIA

Ver Mas recientes primero 10 mediciones

● Octubre - Diciembre 2024 9,0% (Meta 5,0%) defensor.subdirector
WILLIAM MAURICIO RIVEROS
 neuroqx asistente (Samaritana)
 2025-03-19 09:37 AM
 El indicador de proporción de quejas y reclamos en el servicio de neurocirugía mostró un aumento significativo en el cuarto trimestre de 2024, pasando de 1.4% en 2023 a 4.0% en 2024, aunque aún dentro de la meta de <5%. Este incremento, sumado a la tendencia al alza en los trimestres anteriores, esta relacionado con factores como mayor volumen de pacientes, autorizaciones por EPS, percepción de la atención médica en relación a los distintos pacientes. Se realizaron las socializaciones necesarias para el crecimiento positivo constante del servicio.

● Julio - Septiembre 2024 3,2% (Meta 5,0%) defensor.subdirector
WILLIAM MAURICIO RIVEROS
 neuroqx asistente (Samaritana)
 2025-03-19 09:31 AM
 El indicador de proporción de quejas y reclamos en el servicio de neurocirugía mostró un aumento en el tercer trimestre de 2024 en comparación con el mismo período de 2023, aunque aún dentro de la meta de <5%. En 2023, el valor fue 1.2%, mientras que en 2024 subió a 2.3%, consolidando la tendencia de incremento ya observada en el segundo trimestre. Este aumento puede deberse a factores como mayor demanda del servicio y condiciones hospitalarias en cuanto a tramites administrativos.

● Abril - Junio 2024 3,8% (Meta 5,0%) defensor.subdirector
WILLIAM MAURICIO RIVEROS
 neuroqx asistente (Samaritana)
 2025-03-19 09:16 AM
 El indicador de proporción de quejas y reclamos en el servicio de neurocirugía durante el segundo trimestre de 2024 mostró un ligero aumento en comparación con 2023, aunque se mantiene dentro de la meta de <5%. En 2023, el valor fue 1.5%, mientras que en 2024 aumentó a 1.9%. Este incremento puede estar relacionado con factores como mayor volumen de pacientes o insatisfacción con algunos aspectos de la atención hospitalaria en general. Se realiza continuo seguimiento a cada petición en orden de optimizar la atención hospitalaria.

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2024. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

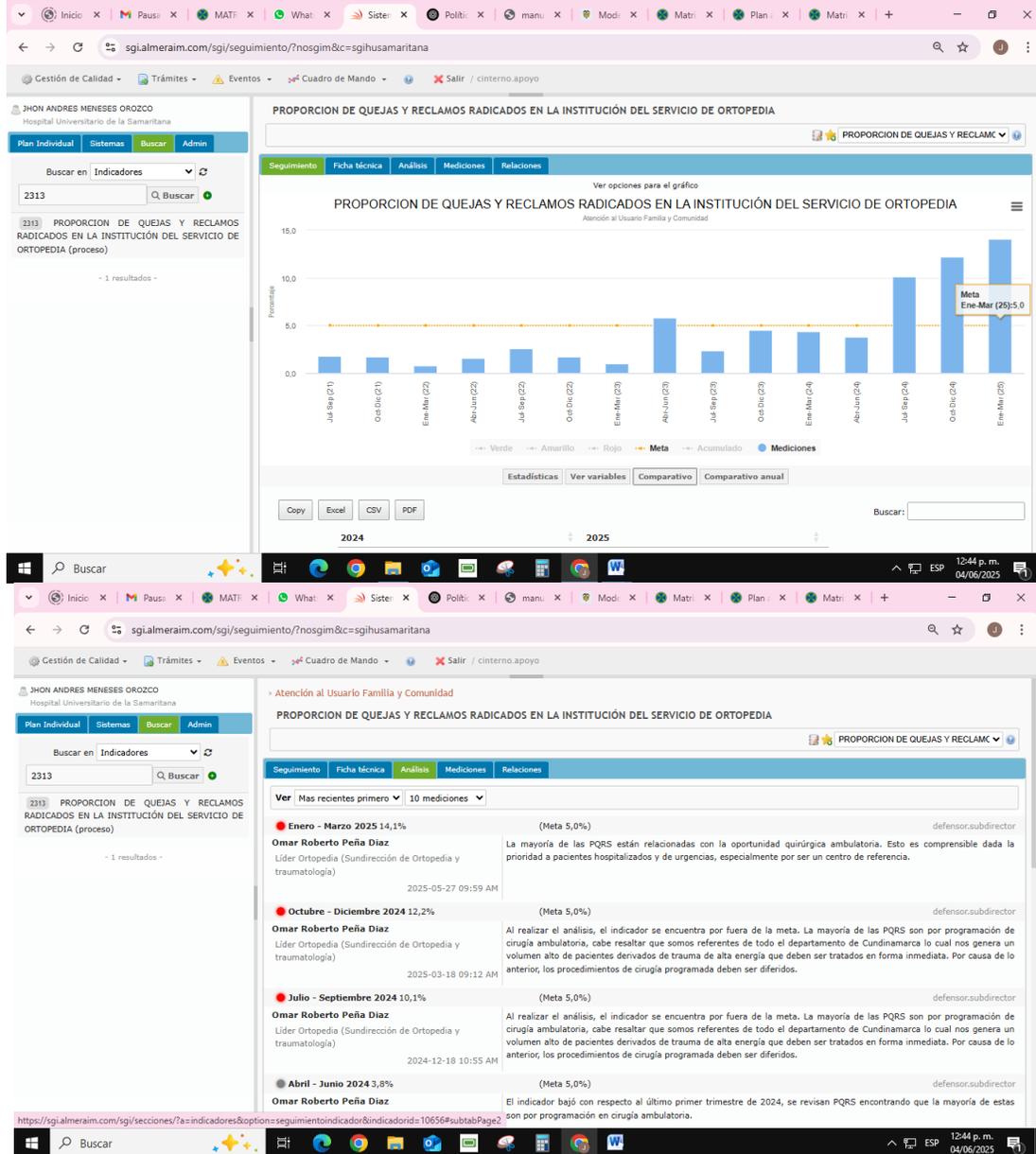
1.9.21. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Ortopedia

Indicador encontrado con el código 2313. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Ortopedia / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador corresponden al primer trimestre del año 2025, en concordancia con la frecuencia establecida. El resultado fue de 14,1%, superando la meta del 5,0%, lo cual indica una situación desfavorable que requiere seguimiento.

La mayoría de las PQRSDF se relacionan con demoras en la programación de cirugía ambulatoria, situación que se atribuye a la prioridad dada a pacientes hospitalizados y de urgencias, considerando el rol de la institución como centro de referencia.

Dado que el resultado supera la meta, se sugiere revisar la gestión de cirugía ambulatoria, optimizar la capacidad instalada y fortalecer la comunicación con los usuarios, considerando el rol de centro de referencia.

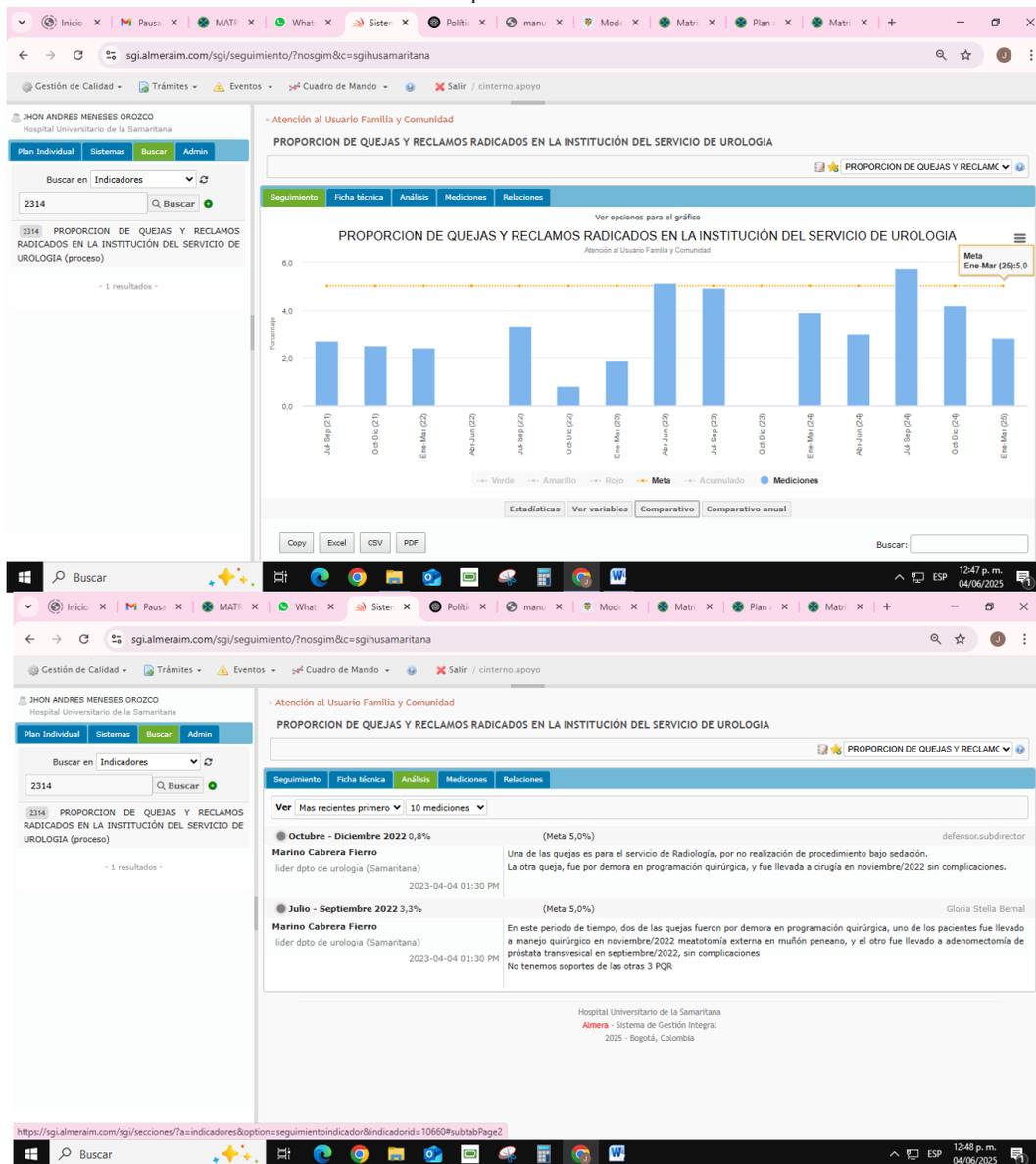
1.9.22. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Urología

Indicador encontrado con el código 2314. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
VARIABLES	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Urología / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025 (enero a marzo). No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2022. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

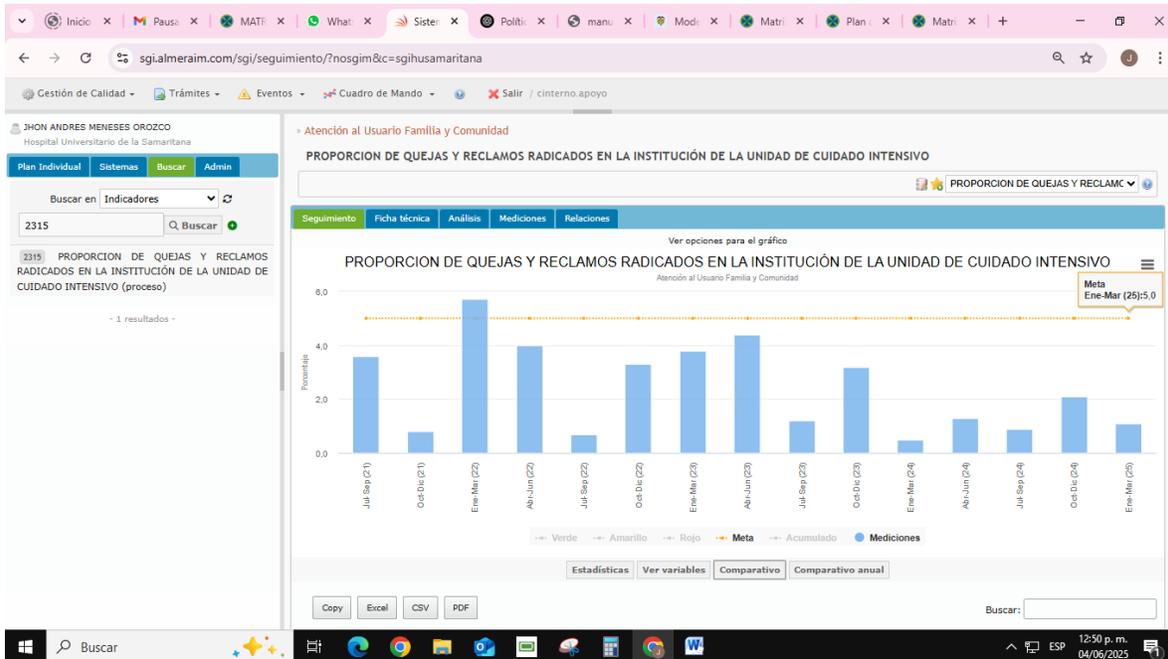
1.9.23. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intensivo

Indicador encontrado con el código 2315. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intensivo / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



The screenshot shows a web application interface for 'Atención al Usuario Familia y Comunidad'. The main indicator is 'PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO'. The current value is 1.1% for the period 'Enero - Marzo 2025', which is below the target of 5.0%. The interface lists several reports by 'MARIA TERESA OSPINA CABRERA', Subdirectora UCI (Samaritana), with dates and brief descriptions of the data and actions taken.

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador presentan información correspondiente al primer trimestre del año 2025, en concordancia con la frecuencia establecida. El resultado fue de 1,1%, dentro de la meta del 5,0%.

Este desempeño favorable refleja el compromiso y trabajo en equipo del personal de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto en la atención integral de los pacientes.

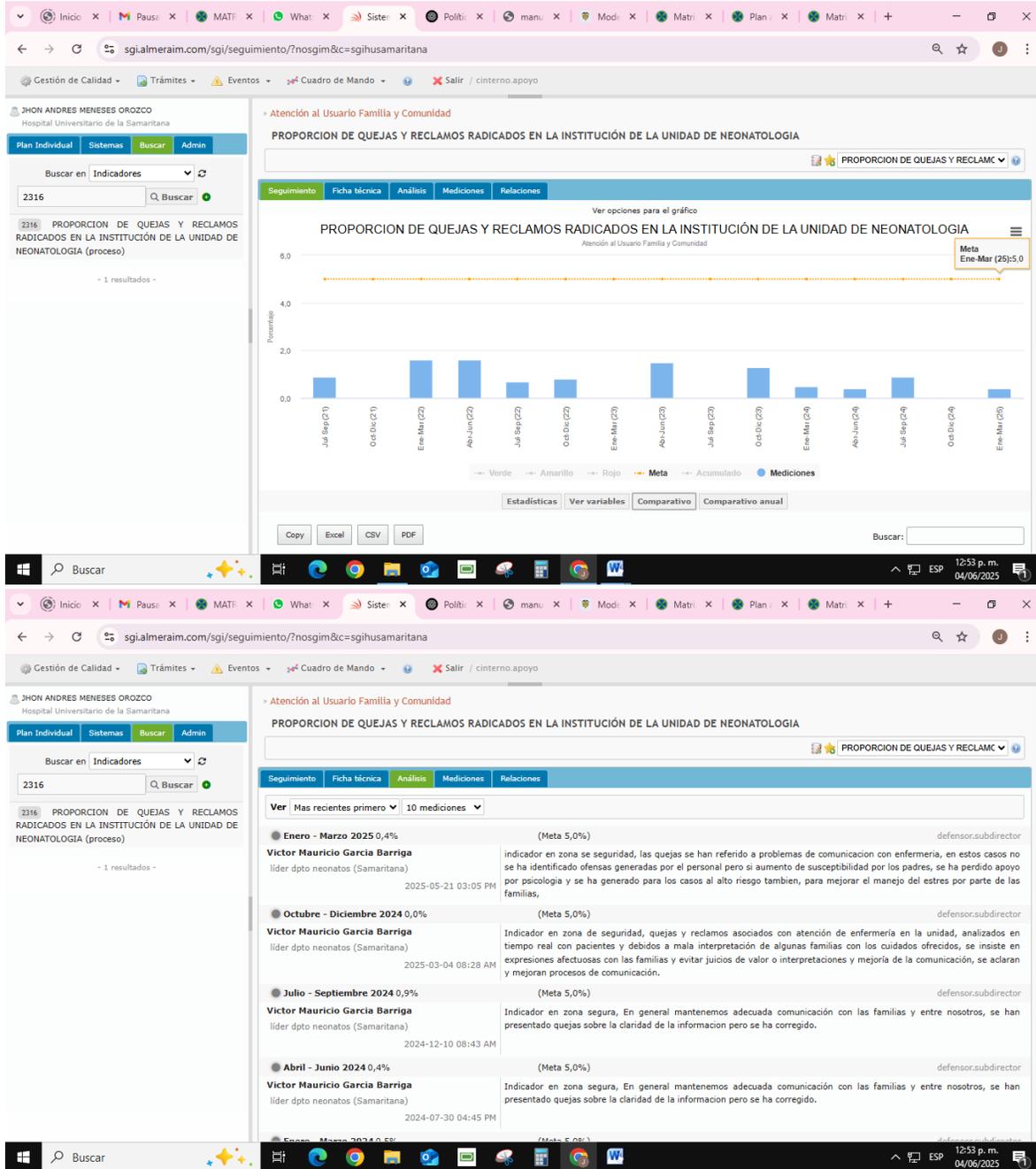
1.9.24. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Neonatología

Indicador encontrado con el código 2316. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Neonatología / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador presentan información correspondiente al primer trimestre del año 2025, en concordancia con la frecuencia establecida. El resultado fue de 0,4%, dentro de la meta del 5,0%, ubicando el indicador en zona de seguridad.

Las quejas se han relacionado principalmente con dificultades en la comunicación entre padres y el personal de enfermería. Aunque no se identificaron ofensas directas, se evidenció mayor susceptibilidad emocional en las familias. Se destaca la necesidad de fortalecer el acompañamiento psicológico, especialmente en casos de alto riesgo, para apoyar el manejo del estrés familiar.

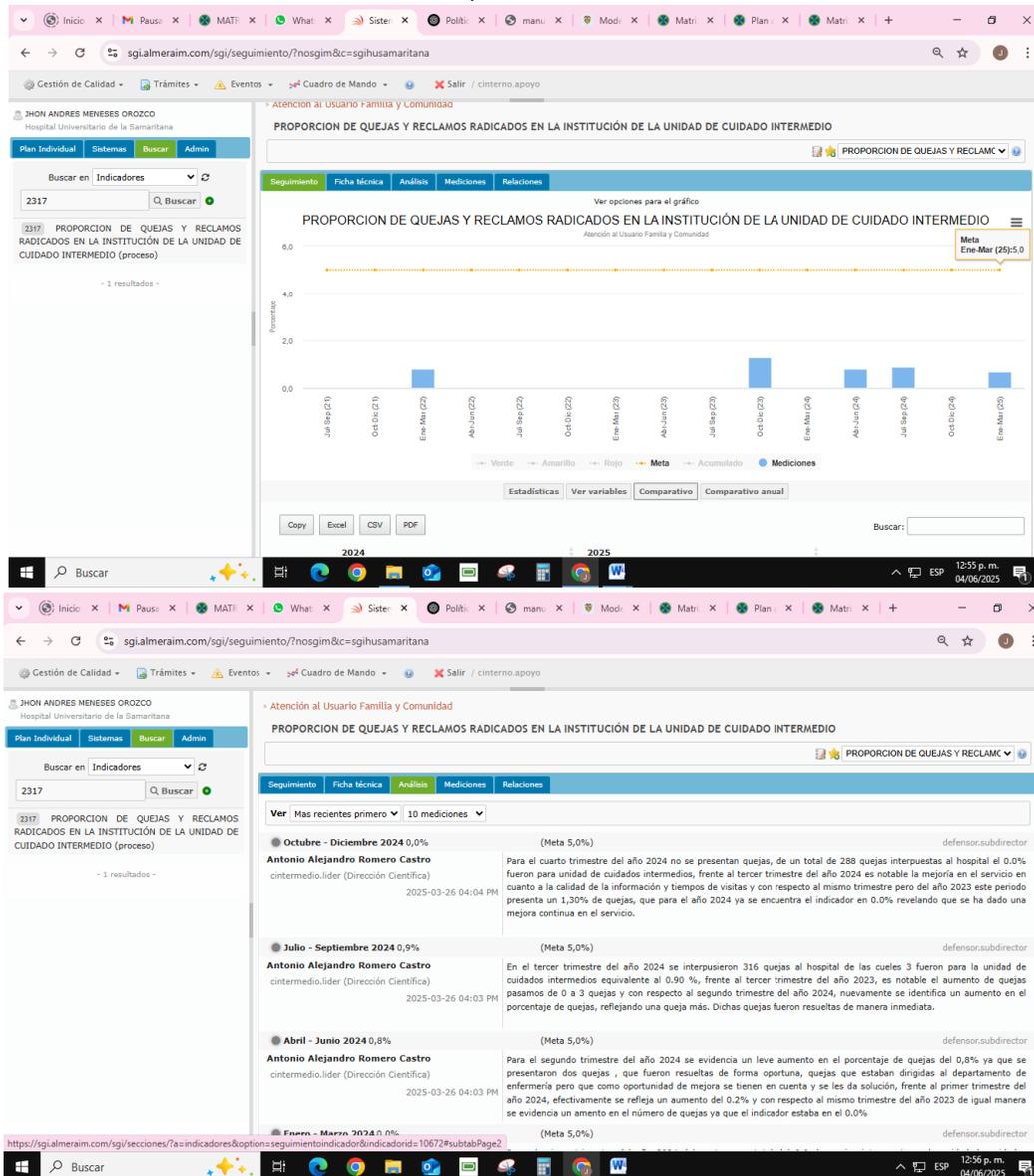
1.9.25. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intermedio

Indicador encontrado con el código 2317. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución de la Unidad de Cuidado Intermedio / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025. No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2024. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

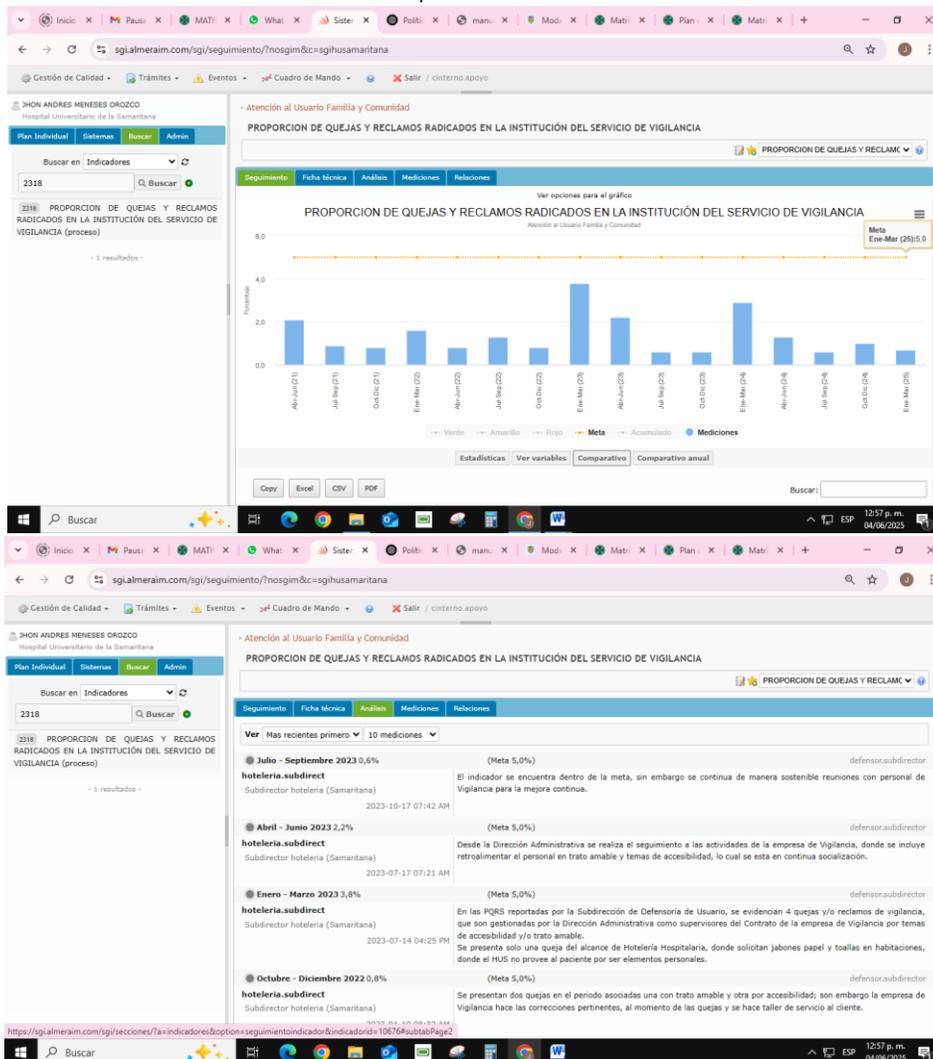
1.9.26. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Vigilancia

Indicador encontrado con el código 2318. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Vigilancia / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025. No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo julio – septiembre de 2023. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

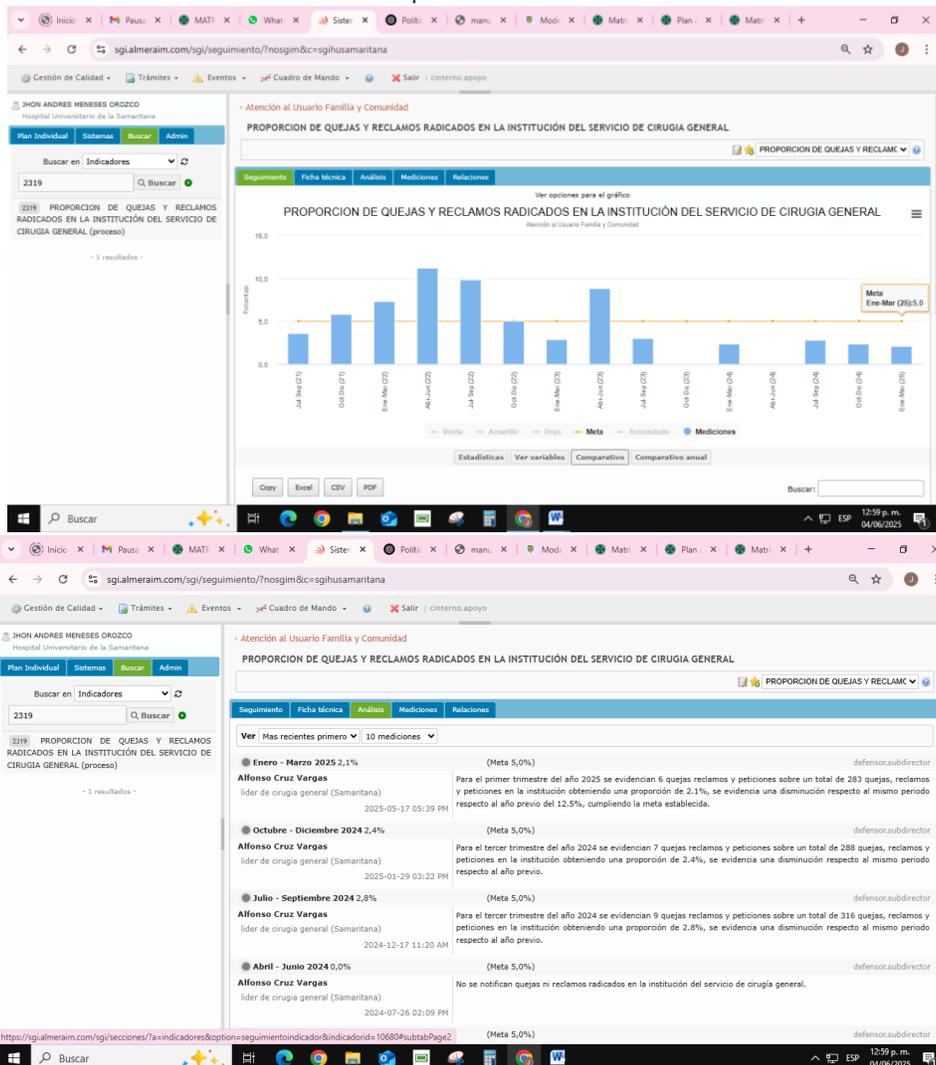
1.9.27. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Cirugía General

Indicador encontrado con el código 2319. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Cirugía General / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



Se verificó que la gráfica, el comparativo y el análisis del indicador presentan información correspondiente al primer trimestre del año 2025, en concordancia con la frecuencia establecida. El resultado fue de 2,1% frente a una meta del 5,0%, lo que indica cumplimiento del indicador.

Se registraron 6 PQRSDF en el servicio, de un total institucional de 283, mostrando una disminución significativa frente al mismo periodo del año anterior (12,5%).

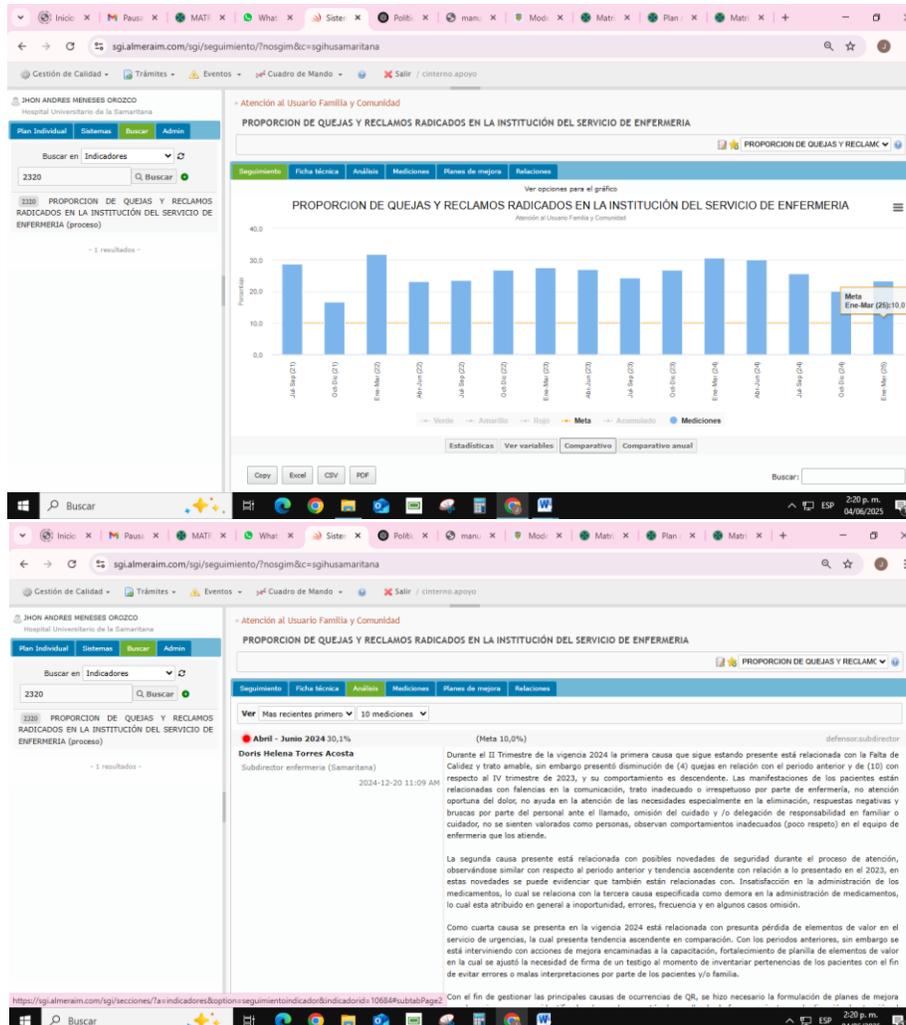
1.9.28. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Enfermería

Indicador encontrado con el código 2320. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Servicio de Enfermería / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



En la auditoría preliminar se evidenció que, aunque la gráfica y el comparativo del indicador presentaban información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025, el análisis asociado estaba desactualizado, ya que correspondía al periodo abril a junio de 2024.

Posteriormente, el proceso auditado presentó el análisis actualizado del indicador con base en los datos del primer trimestre de 2025, atendiendo la observación formulada. Esta acción permite dar por subsanado el hallazgo puntual y será tenida en cuenta dentro del análisis integral de los indicadores en el informe final de auditoría.

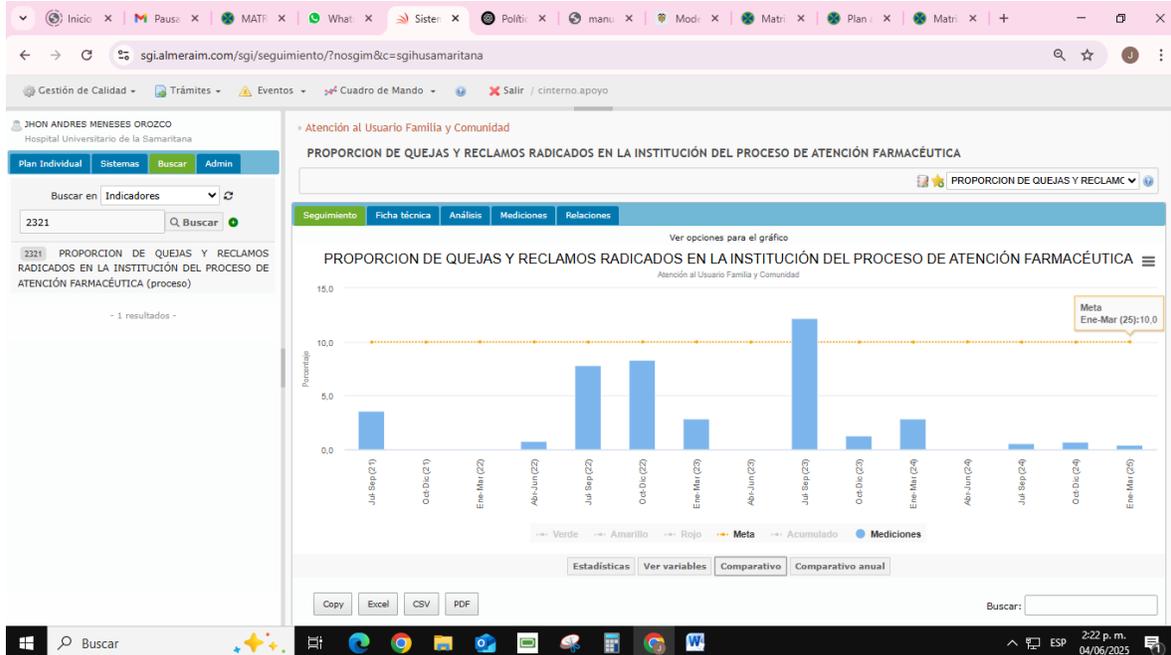
1.9.29. Proporción de Quejas y Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Farmacéutica

Indicador encontrado con el código 2321. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de Quejas más Reclamos radicados en la Institución del Proceso de Atención Farmacéutica / Total de Quejas – Reclamos radicadas en la Institución

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



The screenshot shows a web application interface for 'Atención al Usuario Familia y Comunidad'. The main heading is 'PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA'. Below this, there are tabs for 'Seguimiento', 'Ficha técnica', 'Análisis', 'Mediciones', and 'Relaciones'. The 'Análisis' tab is active, showing a list of results for the indicator 'PROPORCION DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA'. The results are grouped by period: 'Octubre - Diciembre 2022' (8,3%) and 'Julio - Septiembre 2022' (7,8%). Each entry includes the name of the user (WANDERLEY ORJUELA BARRETO) and a brief description of the findings and actions taken. The interface also includes a search bar, navigation menus, and a footer with the hospital's name and location (Bogotá, Colombia).

Fuente: Aplicativo Almera 2025

Se evidenció que la gráfica y el comparativo del indicador presentan información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025. No obstante, el análisis que lo acompaña está desactualizado, ya que corresponde al periodo octubre – diciembre de 2022. Se recomienda actualizar el análisis pertinente al indicador con base en la información más reciente disponible.

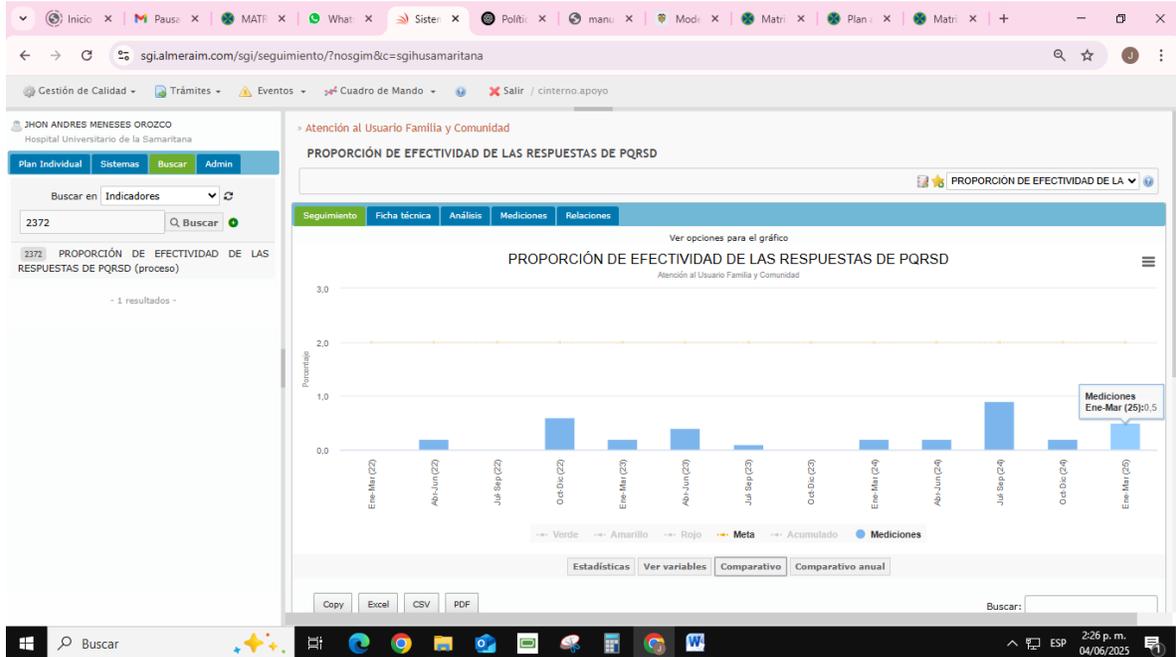
1.9.30. Proporción de Efectividad de las respuestas de PQRSDF

Indicador encontrado con el código 2372. A continuación, se detalla su composición y los resultados del indicador.

- **Composición del indicador:**

Frecuencia	Trimestral
Objetivo Institucional	Prestación de servicios
Variables	Número de manifestaciones de inconformidades en las respuestas emitidas frente a las PQRSDF radicada por el usuario / Total de PQRSDF respondidas en el periodo de medición

A continuación se muestran los resultados correspondientes al indicador:



PROPORCIÓN DE EFECTIVIDAD DE LAS RESPUESTAS DE PQRSD

Periodo	Mediciones	Meta	Descripción
Julio - Septiembre 2024	0,9%	(Meta 2,0%)	defensor.subdirector Durante el tercer trimestre del año 2024, se evidencio que de un total de 538 peticiones radicadas y a las que se emitió respuesta al peticionario, se radicaron 5 por insatisfacción de la respuesta emitida para los servicios de Enfermería, Uci Adulto, Radiología y Urgencias. Con un porcentaje de 0,9% sobre el total de las peticiones recibidas.
Abril - Junio 2024	0,2%	(Meta 2,0%)	defensor.subdirector Durante el segundo trimestre del año 2024, se evidencio que de un total de 648 PQRSD radicadas y a las que se emitió respuesta al peticionario, se recibió 1 inconformidad de respuesta del mismo que requirió reabrir la PQ y darle nueva respuesta de fondo al peticionario que corresponde al 0,15% estando dentro de los rangos establecidos en la meta (2%), presentando una disminución en comparación con el año inmediatamente anterior en un 0.16%.
Enero - Marzo 2024	0,2%	(Meta 2,0%)	defensor.subdirector Este indicador tiene como objetivo medir la efectividad de las respuestas comparando el número de peticiones con inconformidad en la respuesta frente al total de PQRSD con respuesta emitida en el periodo de medición
Octubre - Diciembre 2023	0,0%	(Meta 2,0%)	defensor.subdirector Este indicador tiene como objetivo medir la efectividad de las respuestas comparando el número de peticiones con

Fuente: Aplicativo Almera 2025

En la auditoría preliminar se evidenció que, si bien la gráfica y el comparativo del indicador presentaban información actualizada correspondiente al primer trimestre del año 2025, el análisis asociado estaba desactualizado, ya que correspondía al periodo julio – septiembre de 2024.

Posteriormente, el proceso auditado presentó el análisis correspondiente al primer trimestre de 2025, dando cumplimiento a la observación formulada. Esta acción permite considerar subsanado el hallazgo puntual identificado y será tenida en cuenta dentro del análisis integral del conjunto de indicadores evaluados.

Conclusión General: De los treinta (30) indicadores asociados al proceso auditado, inicialmente se observó que dieciocho (18) no contaban con análisis actualizado. Si bien el proceso auditado presentó avances al actualizar varios de ellos tras el informe preliminar, al cierre de la auditoría aún persisten indicadores sin análisis vigente, entre ellos los identificados con los códigos: 2229, 2296, 2298, 2299, 2301, 2302, 2309, 2312, 2314, 2317, 2318 y 2321.

Por tanto, se mantiene la recomendación orientada a asegurar el registro oportuno del análisis de estos indicadores, conforme a la frecuencia definida, con el fin de fortalecer el seguimiento institucional, facilitar la toma de decisiones y apoyar la mejora continua.

1.10 Estándares de acreditación asociados a la auditoría

Según el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, en Colombia los estándares de acreditación asociados con la presente auditoría en los ESTÁNDARES ASISTENCIALES – EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN son los siguientes:

1.10.1. Estándar 48. Código: (AsEVA2)

La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye:

CRITERIOS:

- Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento.
- Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público.
- Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados.
- Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.

1.11 Componentes y elementos del MECI

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) es una herramienta fundamental del sistema de control interno en las entidades públicas, y se articula con la dimensión 7 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG): Control Interno. Esta dimensión busca asegurar el cumplimiento normativo, la eficiencia institucional y la mejora continua mediante el fortalecimiento de mecanismos de control.

El MECI establece una estructura conceptual que facilita la implementación, evaluación y mejora del Sistema de control interno en las entidades, sustentándose en tres principios básicos:

- **Autocontrol:** Cada servidor público es responsable de ejercer control sobre sus funciones y actividades, asegurando el cumplimiento de objetivos y normas desde su rol individual.
- **Autorregulación:** La entidad debe establecer sus propios métodos, políticas, procedimientos y mecanismos de evaluación, orientados a la mejora continua.
- **Autogestión:** La organización debe garantizar su funcionamiento y el cumplimiento de sus fines mediante una gestión autónoma, estructurada y efectiva.

Estos principios fortalecen la capacidad institucional para la planificación, ejecución y control de procesos como la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), permitiendo que la auditoría se fundamente en un sistema robusto de control.

2. Seguimiento a Formulario de PQRSDf – Paciente y su familia

2.1. Consulta Aplicativo Institucional ALMERA

Se realizó la revisión del aplicativo ALMERA, con permiso de consulta del módulo de PQRSDf – Paciente y su Familia a través del usuario cinterno.apoyo, para el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025.

Como resultado, se identificaron un total de dos mil ciento cincuenta y cinco (2.155) registros. Al exportar la información a un archivo Excel para su verificación, se evidenció la presencia de un dato duplicado.

A continuación, se presenta la distribución de los registros según su estado:

PQRSDf Anuladas: 23
PQRSDf Cerradas: 2102
PQRSDf En gestión: 29
PQRSDf Respuesta de servicios: 1

A continuación se anexa captura de pantalla del dato duplicado (**202518104**) en el reporte consultado por el usuario cinterno.apoyo en el aplicativo Almera correspondiente al centro de atención hospital Regional Zipaquirá:

Estado	ID	Fecha	Usuario	Tipo	Atendido	EPS	Detalles
<input checked="" type="checkbox"/>	202518104	2025-04-24	Anonimo	Reclamo	Jhonian Ferney	EPS SANITAS	
<input type="checkbox"/>	202518120	2025-04-24	Laura Camila Buitrago Bulla	Felicitación	Abelardo	FAMISANAR	1M 11D 20h 56m LUISA ALEJANDRA ESPINOSA POLO (Subdirección de Enfermería)
<input type="checkbox"/>	202518119	2025-04-24	Anonimo	Petición	Reinaldo	FIDUPREVISORA	
<input type="checkbox"/>	202518118	2025-04-24	Anonimo	Petición	ANA OLGA	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518117	2025-04-24	Anonimo	Petición	Martha	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518112	2025-04-23	Anonimo	Reclamo	INGRID YOLEIDY	NUEVA EPS	
<input type="checkbox"/>	202518111	2025-04-23	Holman Vanegas Sanchez	Reclamo	ORLANDO	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518110	2025-04-23	Anonimo	Reclamo	Constanza	EPS SANITAS	
<input type="checkbox"/>	202518109	2025-04-23	Holman Vanegas Sanchez	Petición	FLORANTONNY	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518108	2025-04-23	Anonimo	Reclamo	MARTHA YOLANDA	NUEVA EPS	
<input type="checkbox"/>	202518107	2025-04-23	Holman Vanegas Sanchez	Felicitación	CECILIA	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518106	2025-04-23	Holman Vanegas Sanchez	Queja	CECILIA	FAMISANAR	
<input type="checkbox"/>	202518105	2025-04-23	Anonimo	Reclamo	Ana Isabel	FAMISANAR	
<input checked="" type="checkbox"/>	202518104	2025-04-23	Anonimo	Reclamo	VIVIAN ZAHARA	EPS SALUD TOTAL	
<input type="checkbox"/>	202518103	2025-04-23	Anonimo	Petición de	DANIEL		

2.2. Principios de Seguridad y Calidad de la Información

La gestión de las PQRSDf en entidades públicas de salud debe estar alineada con los principios de seguridad y calidad de la información, esenciales para proteger los datos de los usuarios y garantizar la eficiencia institucional. Estos principios son:

Principios de Seguridad de la Información:

- **Confidencialidad:** Acceso restringido solo a personal autorizado, protegiendo los datos sensibles de los usuarios.

- Integridad: Garantía de que la información sea precisa, completa y libre de modificaciones no autorizadas.
- Disponibilidad: Acceso oportuno a la información para asegurar la prestación adecuada del servicio.
- Autenticidad: Verificación de la identidad de los usuarios y la validez de la información.
- Trazabilidad: Registro de todas las acciones realizadas sobre la información.
- Legalidad: Cumplimiento normativo, especialmente la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales.
- Seguridad: Aplicación de medidas técnicas y administrativas para prevenir accesos no autorizados y pérdidas de información.

Principios de Calidad de la Información:

- Precisión: Los datos reflejan fielmente las manifestaciones de los usuarios.
- Integridad: La información es completa, sin omitir elementos clave.
- Actualidad: Los datos están actualizados, permitiendo una respuesta oportuna.
- Accesibilidad: La información está disponible para quienes la necesitan, cuando la necesitan.

Durante la presente auditoría, al consultar y exportar la información del aplicativo institucional ALMERA correspondiente al periodo del 1 de noviembre de 2024 al 31 de mayo de 2025, se evidenció un dato duplicado entre los 2.155 registros exportados.

Este hallazgo, aunque aislado, refleja la persistencia de riesgos ya identificados en auditorías anteriores, donde se detectaron múltiples duplicidades en los reportes generados por el sistema. La presencia de estos errores compromete directamente los principios de integridad, precisión, disponibilidad y trazabilidad de la información, afectando la confiabilidad de los datos y la calidad del servicio al ciudadano.

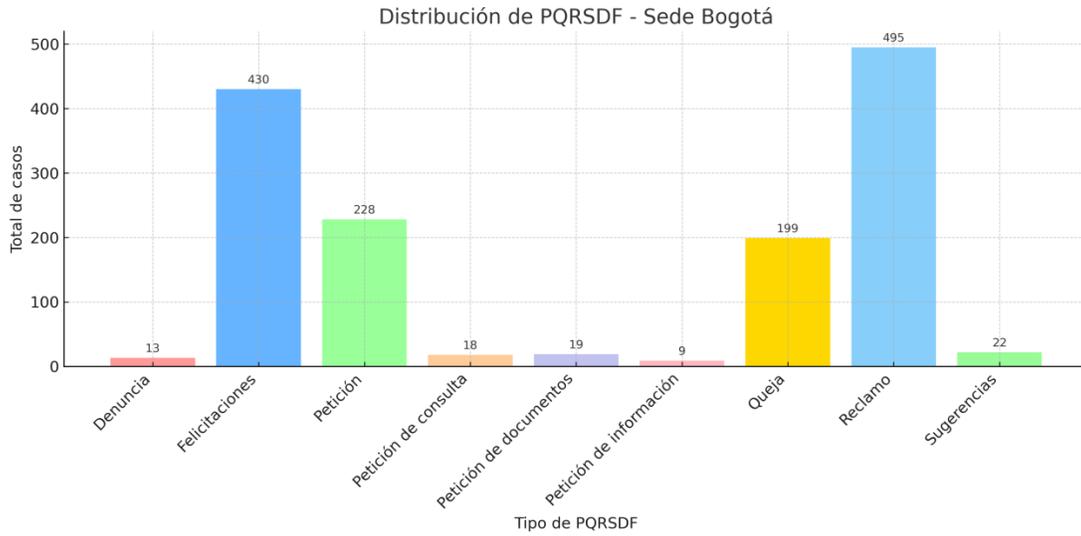
2.3. Análisis de fuentes de información de PQRSDF – Paciente y su Familia

Para la auditoría de la vigencia 2025, no se realizó solicitud directa de información a la Directora de Atención al Usuario ni a otros líderes de procesos, como se hizo en la auditoría de la vigencia anterior. En esta ocasión, y en concordancia con las directrices establecidas para la auditoría, la fuente oficial de consulta fue exclusivamente el aplicativo institucional Almera, utilizando el usuario de consulta cinterno.apoyo, cubriendo el período del 1 de noviembre de 2024 al 31 de mayo de 2025.

La exportación de la información se realizó filtrando por centro de atención, incluyendo los datos correspondientes a la Sede Bogotá, la Sede Regional Zipaquirá y la Sede Funcional Zipaquirá. Esta modificación metodológica busca fortalecer la trazabilidad de los datos mediante el uso directo de las herramientas institucionales, evitando posibles sesgos o diferencias en los informes manuales.

2.3.1. Información consultada desde el aplicativo Almera

Bogotá: Información exportada directamente desde el aplicativo institucional Almera, correspondiente a un total de mil cuatrocientas treinta y tres (1.433) PQRSDF. A continuación, se presenta una relación general de estas solicitudes, clasificadas por tipo:



TIPO DE PQRSDF		ESTADO	SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL
1	DENUNCIA	CERRADO	3	2024	13
			6	2025	
		ANULADO	1	2024	
			3	2025	
2	FELICITACIONES	CERRADO	96	2024	430
			334	2025	
3	PETICIÓN	CERRADO	57	2024	228
			168	2025	
		ANULADO	1	2024	
			2	2025	
4	PETICIÓN DE CONSULTA	CERRADO	3	2024	18
			15	2025	
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	CERRADO	5	2024	19
			14	2025	
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	CERRADO	3	2024	9
			6	2025	
7	QUEJA	CERRADO	49	2024	199
			135	2025	
		ANULADO	1	2024	
			4	2025	
EN GESTIÓN	10	2025			
	8	RECLAMO	CERRADO	130	2024
344				2025	

		ANULADO	2	2024	
			5	2025	
		EN GESTIÓN	14	2025	
9	SUGERENCIAS	CERRADO	1	2024	22
			20	2025	
		EN GESTIÓN	1	2025	
					1433

Informe donde se puede evidenciar que los cuatro (4) tipos de PQRSDf más representativos son; en primer lugar el Reclamo con cuatrocientos noventa y cinco (495) registros, en segundo lugar las Felicitaciones con cuatrocientos treinta (430) registros, en tercer lugar la Petición con doscientos veintiocho (228) registros y en cuarto lugar la Queja con ciento noventa y nueve (199) registros.

Altas cifras en Reclamos y Felicitaciones: De las 1.433 PQRSDf tramitadas en la sede Bogotá, se evidencia que los reclamos (495 casos) y las felicitaciones (430 casos) concentran el mayor volumen de PQRSDf registrados, representando en conjunto el 64.6 % del total de solicitudes recibidas (925 de 1 433).

El alto número de felicitaciones confirma buenas prácticas percibidas por los usuarios y constituye un insumo para reconocer y replicar aciertos. Sin embargo, los reclamos aunque en su mayoría cerrados (474) mantienen 14 casos en gestión y 7 anulados, lo que revela la necesidad de robustecer la trazabilidad, el análisis causal y la comunicación de cierre para evitar la acumulación de pendientes y garantizar respuestas de calidad.

Peticiones y Quejas: Las peticiones (228) constituyen el tercer tipo de PQRSDf con mayor volumen, con la mayoría de casos cerrados y solo tres anulados, lo que refleja una gestión operativa eficaz que conviene sostener a través de seguimiento continuo a los tiempos de respuesta. No obstante, dada su alta frecuencia y complejidad operativa, se recomienda mantener un monitoreo constante. Por su parte, las quejas (199) ocupan el cuarto lugar, con 184 casos cerrados, 5 anulados y 10 aún en gestión, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y la oportunidad en la atención de este tipo de manifestaciones.

Peticiones de información, documentos y consulta: Aunque estas categorías presentan un volumen menor frente a otras tipologías, son significativas en términos de acceso a la información y gestión administrativa. Se registraron 19 peticiones de documentos, 9 peticiones de información y 18 peticiones de consulta, todas con cierre completo, lo que evidencia un adecuado manejo institucional de este tipo de requerimientos y una respuesta oportuna a las solicitudes formuladas por los usuarios.

Sugerencias: insumos valiosos para la mejora continúa

Se registran 22 sugerencias, de las cuales 21 están cerradas y 1 permanece en gestión. Este tipo de manifestaciones, aunque menos frecuente, representa un insumo estratégico para fortalecer la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario. Se sugiere consolidar las sugerencias en una matriz de análisis de oportunidades e incorporarlas de manera sistemática en los ciclos de mejora institucional y en los comités de calidad, promoviendo así una gestión proactiva orientada al mejoramiento continuo.

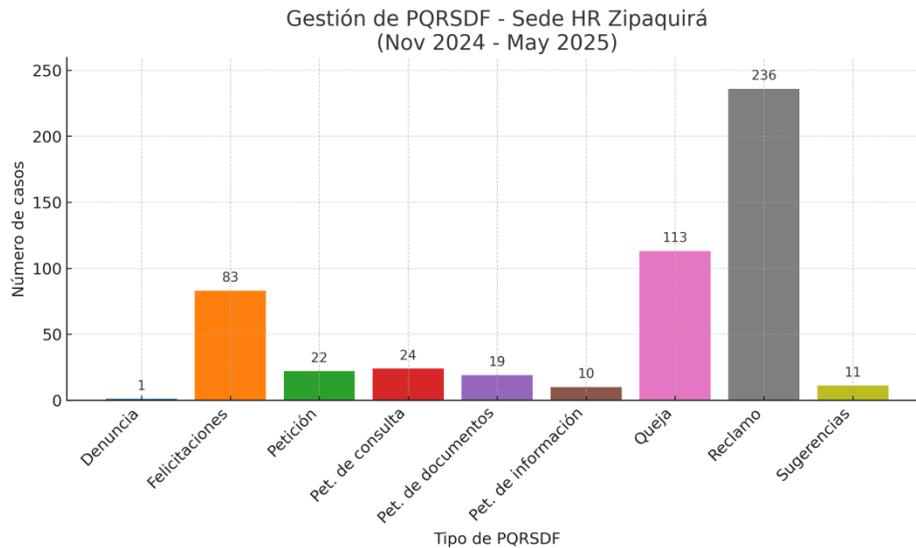
Denuncias: Se reportaron 13 denuncias, de las cuales 9 están cerradas y 4 fueron anuladas. Aunque su volumen es reducido en comparación con otras tipologías, este tipo de PQRSDf reviste especial relevancia institucional por su posible relación con faltas disciplinarias, riesgos de corrupción o situaciones que comprometen la integridad organizacional. Por ello, se requiere un tratamiento confidencial, trazabilidad rigurosa y acciones claras que garanticen su adecuada gestión y cierre.

Casos con posible riesgo jurídico: En la sede Bogotá se identificaron 16 casos de PQRSDf marcados como posible riesgo jurídico, todos en estado cerrado. La mayoría corresponden a reclamos (10 casos),

seguidos de peticiones (3), quejas (2) y una denuncia, involucrando servicios como ortopedia, UCI, oftalmología, cirugía vascular, enfermería, ginecología y el área jurídica.

De estos, cuatro (4) casos también registran posible novedad de seguridad, lo que podría indicar situaciones clínicas o institucionales de mayor sensibilidad. Aunque fueron gestionados dentro del tiempo establecido, se sugiere su análisis detallado por el potencial impacto jurídico o disciplinario.

Sede HR de Zipaquirá: Información exportada directamente desde el aplicativo institucional Almera, correspondiente a un total de quinientos diecinueve (519) PQRSDF. A continuación, se presenta una relación general de estas solicitudes, clasificadas por tipo:



TIPO DE PQRSDF		ESTADO	SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL
1	DENUNCIA	ANULADO	1	2025	1
2	FELICITACIONES	CERRADO	24	2024	83
			59	2025	
3	PETICIÓN	CERRADO	5	2024	22
			17	2025	
4	PETICIÓN DE CONSULTA	CERRADO	3	2024	24
			21	2025	
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	CERRADO	3	2024	19
			16	2025	
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	CERRADO	3	2024	10
			7	2025	
7	QUEJA	CERRADO	31	2024	113
			81	2025	
		EN GESTIÓN	1	2025	
8	RECLAMO	CERRADO	38	2024	236

			196	2025	
		EN GESTIÓN	1	2025	
		RESPUESTA DE SERVICIOS	1	2024	
9	SUGERENCIAS	CERRADO	1	2024	11
			10	2025	
					519

Altos Totales en Reclamos y Quejas: Los reclamos (236) y las quejas (113) representan los volúmenes más significativos de PQRSDf en la Regional Zipaquirá, con un total combinado de 349 casos (67,4%). Este predominio refleja un nivel significativo de insatisfacción por parte de los usuarios, lo cual indica la necesidad de revisar y mejorar aspectos relacionados con la calidad del servicio, la atención al cliente y los procesos administrativos. Atender estas áreas de forma prioritaria contribuirá a reducir la recurrencia de estos requerimientos y a mejorar la percepción institucional.

Reconocimiento y necesidad de orientación: Se registraron (83) felicitaciones, que representan el 16% del total de solicitudes. Este volumen destaca la importancia de reconocer y visibilizar las buenas prácticas y el buen desempeño del personal. Por otro lado, las peticiones en sus diferentes modalidades (generales, consultas, documentos e información) sumaron 75 casos (14,5%), un porcentaje moderado que resalta la importancia de mantener una orientación clara y accesible para los usuarios, facilitando el uso efectivo de estos canales.

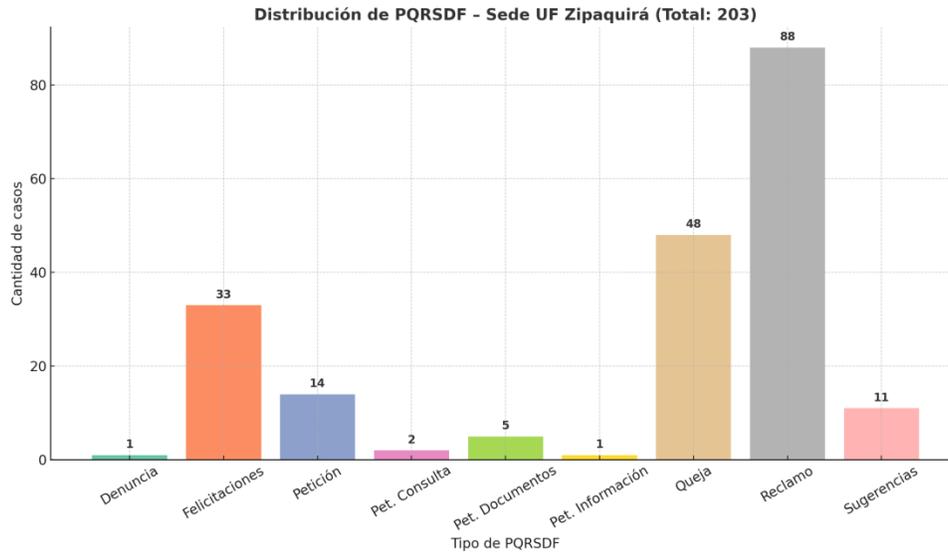
Diversidad de solicitudes con baja frecuencia: Las sugerencias recibidas fueron solo 11 casos (2%), indicando una participación limitada de los usuarios en la mejora proactiva de los servicios. Fomentar la cultura participativa y habilitar espacios de comunicación más accesibles podría incrementar esta categoría y ofrecer insumos valiosos para el mejoramiento continuo.

Denuncia registrada: Durante el periodo analizado se registró solo una denuncia, la cual fue anulada. El bajo uso de este canal puede interpretarse como una señal de confianza en los procesos institucionales; sin embargo, también puede reflejar desconocimiento o temor para utilizar esta vía. Es necesario revisar los mecanismos de difusión y garantizar la confidencialidad para asegurar que los usuarios puedan acceder con seguridad y confianza a este canal.

Casos con posible riesgo jurídico: En la sede Regional de Zipaquirá se identificaron 3 casos marcados como de posible riesgo jurídico, todos en estado cerrado. Dos fueron reclamos y uno una petición, y están asociados al servicio de urgencias, involucrando aspectos como la atención de enfermería, la seguridad del paciente y la facturación. Uno de los casos también registró posible novedad de seguridad. Aunque fueron gestionados dentro del tiempo establecido, se recomienda analizar estos eventos por su sensibilidad y reforzar medidas preventivas en los servicios implicados.

Conclusión general: El análisis de PQRSDf en la Sede Regional de Zipaquirá evidencia la necesidad de enfocar esfuerzos en la mejora de la calidad del servicio y la atención al usuario, dado el predominio de reclamos y quejas. A la par, es importante fortalecer la orientación y participación ciudadana mediante la promoción de canales alternativos como peticiones y sugerencias, así como garantizar el adecuado uso y difusión del canal de denuncias. Finalmente, asegurar el cierre oportuno de los casos en gestión contribuirá a mejorar la eficiencia y confianza institucional, apoyando una gestión más efectiva y transparente.

Sede UF de Zipaquirá: Información exportada directamente desde el aplicativo institucional Almera, correspondiente a un total de doscientos tres (203) PQRSDf. A continuación, se presenta una relación general de estas solicitudes, clasificadas por tipo:



TIPO DE PQRSDF		ESTADO	SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL
1	DENUNCIA	ANULADO	1	2025	1
2	FELICITACIONES	CERRADO	8	2024	33
			25	2025	
3	PETICIÓN	CERRADO	4	2024	14
			10	2025	
4	PETICIÓN DE CONSULTA	CERRADO	1	2024	2
			1	2025	
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	CERRADO	4	2024	5
			1	2025	
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	CERRADO	1	2025	1
7	QUEJA	ANULADO	1	2024	48
		CERRADO	9	2024	
			37	2025	
	EN GESTIÓN	1	2025		
8	RECLAMO	ANULADO	1	2024	88
		CERRADO	16	2024	
			70	2025	
	EN GESTIÓN	1	2025		
9	SUGERENCIAS	CERRADO	11	2025	11
					203

Predominio de Reclamos y Quejas en la gestión de PQRSDF: Durante el periodo analizado se evidencia que los reclamos (88 casos) y las quejas (48 casos) concentran el mayor volumen de PQRSDF registrados,

representando en conjunto el 67% del total de solicitudes recibidas (136 de 203). Estas solicitudes, en su mayoría cerradas, indican un importante nivel de insatisfacción por parte de los usuarios y reflejan posibles inconformidades relacionadas con fallas en la prestación del servicio, procesos administrativos o aspectos como el trato y la oportunidad en la atención. Este comportamiento sugiere la necesidad de profundizar en el análisis de las causas estructurales y los servicios involucrados, con el fin de implementar acciones de mejora orientadas a reducir la recurrencia de estos tipos de requerimientos.

Reconocimiento positivo a través de Felicitaciones: se registraron 33 felicitaciones, todas con estado cerrado, lo que corresponde al 16,3% del total de solicitudes registradas. Aunque este número es moderado en comparación con los reclamos y quejas, representa una expresión clara de satisfacción por parte de los usuarios. Estos requerimientos evidencian aspectos positivos en la atención y el servicio prestado, así como el reconocimiento hacia el personal institucional. Constituyen una oportunidad valiosa para identificar buenas prácticas, visibilizarlas y fortalecer una cultura organizacional positiva, promoviendo su aplicación en otras áreas o situaciones similares.

Baja frecuencia en Peticiones y Solicitudes específicas: Las peticiones, incluyendo solicitudes de información, documentos, consultas y requerimientos generales, sumaron un total de 22 casos, lo que representa apenas el 10,8% del total de PQRSDf. Aunque su volumen es menor frente a otros tipos de requerimientos, estas solicitudes reflejan necesidades puntuales de los usuarios, por lo que deben ser gestionadas con agilidad y precisión. Su adecuada atención puede influir positivamente en la percepción de eficiencia institucional. Asimismo, su baja frecuencia podría indicar oportunidades de mejora en los canales de acceso a la información o en la orientación brindada a los usuarios sobre el uso del sistema.

Sugerencias como aporte a la mejora: se recibieron 11 sugerencias, lo que representa una participación baja de los usuarios en relación con otras categorías de PQRSDf. No obstante, este tipo de solicitudes refleja una actitud propositiva y ofrece información valiosa para el mejoramiento continuo de los servicios. Las sugerencias deben ser tenidas en cuenta como insumo para la toma de decisiones y el diseño de estrategias de mejora. Promover canales efectivos de escucha y valorar la opinión constructiva de los usuarios puede incentivar una mayor participación en esta categoría.

Denuncia reportada: Durante el periodo analizado se reportó únicamente una denuncia, la cual fue posteriormente anulada. Si bien el bajo número puede interpretarse como un indicio de confianza en los procesos institucionales, también podría reflejar desconocimiento del canal, falta de divulgación, o incluso temor a posibles repercusiones. Dado que las denuncias pueden estar asociadas a situaciones sensibles o posibles irregularidades, es fundamental que este canal cuente con mecanismos claros de confidencialidad, y que se fortalezca su divulgación y accesibilidad, garantizando que los usuarios se sientan seguros al utilizarlo.

Casos con posible riesgo jurídico: En la sede funcional de Zipaquirá se identificó un 1 caso marcado como posible riesgo jurídico, en estado cerrado. Corresponde a un reclamo relacionado con el servicio de ginecología y el área de ginecología. Aunque fue resuelto oportunamente, se sugiere su revisión detallada por la sensibilidad del servicio involucrado.

En Conclusión, los reclamos y quejas representaron el 67% del total de PQRSDf, lo que señala la necesidad de mejorar la calidad del servicio y la atención al usuario. Las felicitaciones, que sumaron el 16,3%, reflejan experiencias positivas que pueden servir para fortalecer buenas prácticas.

Las peticiones y sugerencias tuvieron una baja participación (10,8%), indicando oportunidades para mejorar la comunicación y la participación ciudadana. El canal de denuncias mostró un uso mínimo, por lo que se recomienda revisar su difusión y accesibilidad.

Finalmente, es fundamental asegurar el cierre oportuno de los casos en gestión para garantizar una atención eficaz y mantener la confianza de los usuarios.

Consolidado de la información reportada por Bogotá y las Sedes de Zipaquirá

TIPO DE PQRSDF	ESTADO	SEDE BOGOTÁ			SEDE HR ZIQAQUIRÁ			SEDE UF ZIQAQUIRÁ			
		SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL	SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL	SUBTOTAL	VIGENCIA	TOTAL	
1	DENUNCIA	CERRADO	3	2024	13	0	2024	1	0	2024	1
			6	2025		0	2025		0	2025	
	ANULADO	1	2024	0		2024	0		2024		
		3	2025	1		2025	1		2025		
2	FELICITACIONES	CERRADO	96	2024	430	24	2024	83	8	2024	33
			334	2025		59	2025		25	2025	
3	PETICIÓN	CERRADO	57	2024	228	5	2024	22	4	2024	14
			168	2025		17	2025		10	2025	
	ANULADO	1	2024	0		2024	0		2024		
		2	2025	0		2025	0		2025		
4	PETICIÓN DE CONSULTA	CERRADO	3	2024	18	3	2024	24	1	2024	2
			15	2025		21	2025		1	2025	
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	CERRADO	5	2024	19	3	2024	19	4	2024	5
			14	2025		16	2025		1	2025	
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	CERRADO	3	2024	9	3	2024	10	0	2024	1
			6	2025		7	2025		1	2025	
7	QUEJA	CERRADO	49	2024	199	31	2024	113	9	2024	48
			135	2025		81	2025		37	2025	
	ANULADO	1	2024	0		2024	1		2024		
		4	2025	0		2025	0		2025		
EN GESTION	10	2025	1	2025	1	2025					
	8	RECLAMO	CERRADO	130	2024	495	38	2024	236	16	2024
344				2025	196		2025	70		2025	
ANULADO		2	2024	0	2024		1	2024			
		5	2025	0	2025		0	2025			
RESPUESTA DE SERVICIOS		0	2024	1	2024		0	2024			
EN GESTION	14	2025	1	2025	1	2025					
9	SUGERENCIAS	CERRADO	1	2024	22	1	2024	11	0	2024	11
			20	2025		10	2025		11	2025	
		EN GESTION	1	2025		0	2025		0	2025	
			1,433			519			203		

Durante la revisión de los registros del sistema Almera, en la sección de trámites PQRSDF se identificó un total de **2.155** casos gestionados entre las tres sedes institucionales: Bogotá (**1.433**), Sede Regional Zipaquirá (**519**) y sede Funcional Zipaquirá (**203**). Se observan las siguientes tendencias por sede:

Sede Bogotá: Registra el mayor volumen de PQRSDF con 1.433 casos, siendo reclamos (495) y felicitaciones (430) los tipos más frecuentes, lo que evidencia una alta interacción ciudadana y participación activa tanto en la manifestación de inconformidades como en el reconocimiento del servicio.

A pesar del alto porcentaje de cierres, 25 casos permanecen en gestión y 19 fueron anulados, lo que sugiere la necesidad de reforzar los mecanismos de seguimiento, trazabilidad y oportunidad en la atención.

Se sugiere consolidar las fortalezas identificadas, aprovechar las felicitaciones como insumo para buenas prácticas y continuar mejorando la capacidad institucional de respuesta, orientada a la calidad y satisfacción del usuario.

Sede Regional Zipaquirá: Aunque la mayoría de los casos han sido cerrados oportunamente y solo 2 permanecen en gestión, los reclamos y quejas concentran más del 67 % del total de PQRSDF, lo que refleja una interacción crítica significativa. Se recomienda revisar causas recurrentes de inconformidad, fortalecer acciones preventivas y aprovechar las felicitaciones (83) como insumo para replicar buenas prácticas. Esto permitirá sostener una gestión eficiente y centrada en el usuario, fortaleciendo la percepción de calidad en la región.

Sede Funcional Zipaquirá: Aunque la mayoría de los casos se encuentran cerrados, los reclamos y quejas representan más del 67 % del total de PQRSDF recibidos en esta sede (136 de 203 casos), lo que indica una interacción crítica relevante por parte de los usuarios. Se sugiere fortalecer el análisis de recurrencia, reforzar acciones preventivas en los servicios más señalados y valorar las felicitaciones (33 casos) como referente positivo para mejorar la experiencia del usuario y consolidar una gestión más receptiva y centrada en la calidad.

2.3.2. Oportunidad de respuesta de PQRSDF dentro de plazos de Ley

Bogotá: Analizados los datos exportados desde el aplicativo institucional Almera, con base en las PQRSDF clasificadas por tipo y recibidas durante el periodo establecido en este informe de auditoría que es desde Noviembre 1 de 2024 hasta Mayo 31 de 2025, recopilando los datos; Fecha de radicación, Fecha de respuesta y plazo de respuesta de acuerdo a la Ley 1755 de 2015 y el procedimiento institucional 02UFC06-V7 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.

	TIPO DE PQRSDF	Plazos de Ley (Días hábiles)	Número total de PQRSDF	# PQRSDF Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas
1	DENUNCIA	15	13	13	100%
2	FELICITACIONES	15	430	430	100%
3	PETICIÓN	15	228	228	100%
4	PETICIÓN DE CONSULTA	10	18	18	100%
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	10	19	19	100%
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	10	9	9	100%
7	QUEJA	15	199	199	100%
8	RECLAMO	15	495	495	100%
9	SUGERENCIAS	15	22	22	100%
			1.433	1.433	100%

Durante el periodo evaluado, la sede Bogotá gestionó un total de 1.433 PQRSDF, todas las cuales fueron respondidas dentro de los plazos establecidos por la Ley 1755 de 2015 y el procedimiento institucional 02UFC06-V7, lo que representa un cumplimiento general del 100% en oportunidad de respuesta.

Las categorías con mayor volumen de solicitudes fueron Felicitaciones (430), Reclamos (495) y Peticiones Generales (228), todas atendidas en tiempo conforme a la normativa. Este resultado refleja un adecuado nivel de gestión y seguimiento a las PQRSDF por parte del equipo de la sede Bogotá.

Cabe mencionar que, si bien en el informe preliminar se señalaron 12 casos aparentemente fuera del plazo legal, tras el análisis técnico y revisión de la trazabilidad en el sistema Almera, se evidenció que esos casos incluían particularidades como reaperturas o respuestas parciales, las cuales no eran consideradas por el cálculo automático del sistema. Estas situaciones fueron aclaradas por la Dirección de Atención al Usuario y verificadas por el equipo auditor, confirmando que las respuestas fueron emitidas en los tiempos establecidos. En consecuencia, se concluye que las PQRSDf analizadas fueron respondidas dentro de los términos legales, y la observación inicial reportada en el informe preliminar queda aclarada, con base en la verificación realizada por el equipo auditor.

Sede Regional de Zipaquirá: Analizados los datos exportados desde el aplicativo institucional Almera, con base en las PQRSDf clasificadas por tipo y recibidas durante el periodo establecido en este informe de auditoría que es desde Noviembre 1 de 2024 hasta Mayo 31 de 2025, se realizó la verificación correspondiente de las fechas de radicación, respuesta y plazo legal, conforme a lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015 y el procedimiento institucional 02UFC06-V7 – Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.

TIPO DE PQRSDf		Plazos de Ley (Días hábiles)	Número total de PQRSDf	# PQRSDf Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas
1	DENUNCIA	15	1	1	100%
2	FELICITACIONES	15	83	83	100%
3	PETICIÓN	15	22	22	100%
4	PETICIÓN DE CONSULTA	10	24	24	100%
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	10	19	19	100%
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	10	10	10	100%
7	QUEJA	15	113	113	100%
8	RECLAMO	15	236	235	99%
9	SUGERENCIAS	15	11	10	91%
			519	517	99,6%

Durante el periodo evaluado, la sede regional de Zipaquirá gestionó un total de 519 PQRSDf, de las cuales 517 fueron respondidas dentro de los plazos legales establecidos, alcanzando un cumplimiento global del 99.6%. La única denuncia registrada fue anulada, por lo cual no fue considerada en el análisis técnico.

Se destaca un cumplimiento del 100% en las siguientes categorías: Felicitaciones, Peticiones de Documentos, Peticiones de Información, Peticiones Generales, Peticiones de Consulta y Quejas, lo que refleja una gestión oportuna y eficiente por parte del proceso.

Tras el análisis de las observaciones enviadas por la coordinadora del proceso y la verificación realizada en el aplicativo Almera, se estableció que únicamente dos manifestaciones fueron respondidas por fuera del plazo de ley:

PQRSDf RESPONDIDAS FUERA DEL TIEMPO ESTABLECIDO								
Código	Estado	Fecha registro	Fecha vencimiento	Fecha respuesta	Días transcurrido	Tipo de PQRSDf	Centro de atención	Servicio involucrado
202517668	Cerrado	2025-03-13	2025-04-04	2025-04-07	16	Reclamo	Hospital Regional de Zipaquirá	Urgencias
202517245	Cerrado	2025-02-04	2025-02-25	2025-03-03	19	Sugerencia	Hospital Regional de Zipaquirá	Consulta externa

Se confirmó que solo dos manifestaciones (códigos 202517668 y 202517245) fueron respondidas fuera del plazo legal, debido a novedades en el cierre del caso y fallas de visualización en el aplicativo. Los seis casos restantes, inicialmente cuestionados, fueron reevaluados y se verificó su gestión oportuna. Se sugiere continuar fortaleciendo los mecanismos de trazabilidad y control dentro del sistema, con el fin de garantizar la atención oportuna de todas las manifestaciones y mantener los estándares de cumplimiento alcanzados.

Sede Funcional de Zipaquirá: Analizados los datos exportados desde el aplicativo institucional Almera, con base en las PQRSDf clasificadas por tipo y recibidas durante el periodo establecido en este informe de auditoría que es desde Noviembre 1 de 2024 hasta Mayo 31 de 2025, recopilando los datos; Fecha de radicación, Fecha de respuesta y plazo de respuesta de acuerdo a la Ley 1755 de 2015 y el procedimiento institucional 02UFC06-V7 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (Atención al Ciudadano).

TIPO DE PQRSDf		Plazos de Ley (Días hábiles)	Número total de PQRSDf	# PQRSDf Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas
1	DENUNCIA	15	1	1	100%
2	FELICITACIONES	15	33	33	100%
3	PETICIÓN	15	14	14	100%
4	PETICIÓN DE CONSULTA	10	2	2	100%
5	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	10	5	5	100%
6	PETICIÓN DE INFORMACIÓN	10	1	1	100%
7	QUEJA	15	48	48	100%
8	RECLAMO	15	88	88	100%
9	SUGERENCIAS	15	11	11	100%
			203	203	100%

Durante el periodo evaluado, la sede funcional de Zipaquirá gestionó un total de 203 PQRSDf, todas ellas respondidas dentro de los plazos establecidos por la Ley 1755 de 2015, lo que representa un cumplimiento del 100% en oportunidad de respuesta.

Inicialmente, se habían identificado dos manifestaciones (una queja y un reclamo) como potencialmente fuera de término, por encontrarse en gestión colectiva al momento del corte. Sin embargo, tras la verificación directa en Almera y el análisis de los soportes remitidos por la sede, se confirmó que ambas fueron gestionadas dentro del plazo legal, motivo por el cual se actualiza esta sección con base en los resultados validados.

La sede presenta un excelente desempeño en la gestión de PQRSDf, reflejando un alto grado de eficiencia en la atención al ciudadano, en concordancia con la normativa vigente. Se sugiere mantener el seguimiento y control actual, con el fin de preservar estos niveles de cumplimiento en futuras auditorías.

Consolidado Bogotá y Sedes de Zipaquirá de Oportunidad de respuesta de PQRSDf dentro de plazos de Ley

TIPO DE PQRSDf	Plazos de Ley (Días hábiles)	SEDE BOGOTÁ			SEDE REGIONAL ZIQAQUIRÁ			SEDE FUNCIONAL ZIQAQUIRÁ		
		Número total de PQRSDf	# PQRSDf Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas	Número total de PQRSDf	# PQRSDf Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas	Número total de PQRSDf	# PQRSDf Respondidas a tiempo	Porcentaje respuestas oportunas
1 DENUNCIA	15	13	13	100%	1	1	100%	1	1	100%
2 FELICITACIONES	15	430	430	100%	83	83	100%	33	33	100%
3 PETICIÓN	15	228	227	99%	22	21	95%	14	14	100%
4 PETICIÓN DE CONSULTA	10	18	18	100%	24	23	95%	2	2	100%
5 PETICIÓN DE DOCUMENTOS	10	19	19	100%	19	19	100%	5	5	100%
6 PETICIÓN DE INFORMACIÓN	10	9	9	100%	10	10	100%	1	1	100%
7 QUEJA	15	199	198	99%	113	108	96%	48	47	98%
8 RECLAMO	15	495	485	97%	236	234	99%	88	87	98%
9 SUGERENCIAS	15	22	22	100%	11	10	91%	11	11	100%
		1.433	1.421	99%	519	509	98%	203	201	99%

Durante el periodo evaluado, las tres sedes institucionales reportaron un total de 2.155 PQRSDf, con un alto cumplimiento en los tiempos de respuesta establecidos por la normatividad vigente.

Sede Bogotá: tramitó el mayor volumen de PQRSDf con 1.433 casos, de los cuales 1.421 fueron respondidos dentro del plazo legal, alcanzando un 99% de cumplimiento.

Sede Regional Zipaquirá: gestionó 519 PQRSDf, con 509 respuestas oportunas, logrando un 98% de cumplimiento.

Sede Funcional Zipaquirá: recibió 203 PQRSDf, con 201 respondidas a tiempo, lo que equivale también a un 99% de cumplimiento.

Las tres sedes muestran altos niveles de eficiencia en la gestión de PQRSDf, con cumplimientos iguales o superiores al 98%, lo que refleja procesos estandarizados y consolidados. A pesar de ligeras variaciones, todas las sedes mantienen un desempeño dentro de los márgenes aceptables.

El Hospital ha mejorado significativamente en la atención oportuna de PQRSDf. Se sugiere mantener las estrategias actuales y fortalecer acciones preventivas donde hubo incumplimientos. Además, es clave seguir promoviendo la socialización de resultados y buenas prácticas entre sedes.

2.3.3. Servicios que más reportan PQRSDf

Bogotá: Con base en la información exportada desde el aplicativo institucional Almera, se realizó una tabulación de 1.433 PQRSDf registradas en la sede Bogotá, clasificadas por servicio. Se identificaron 68 servicios institucionales, incluyendo dos categorías sin especificación definida: "Otro" (30 PQRSDf) y "En blanco" (41 PQRSDf), lo que representa un total de 71 PQRSDf (5%) sin un servicio asociado de forma clara.

A continuación, se presenta la tabla con los 15 servicios que concentran el mayor número de PQRSDf, los cuales agrupan un total de 1.057 solicitudes, equivalente al 74% del total radicado y tramitado:

SERVICIO INVOLUCRADO	CANTIDAD DE PQRSDf	%
1 Enfermería	197	14 %

2	UCI Adulto	154	11 %
3	Ortopedia	130	9 %
4	Hospitalización	111	8 %
5	Consulta externa	86	6 %
6	Facturación	58	4 %
7	Oftalmología	56	4 %
8	Urgencias	51	4 %
9	Neurocirugía	41	3 %
10	Cirugía General	35	2 %
11	Urología	34	2 %
12	Imágenes diagnosticas	34	2 %
13	Ginecobstetricia	24	2 %
14	Cirugía vascular	23	2 %
15	Otorrinolaringología	23	2 %
		1.057	74 %

Concentración de PQRSDf: Los quince servicios con mayor volumen agrupan el 74% del total de PQRSDf, lo que evidencia una alta concentración de solicitudes en áreas específicas.

Enfermería y UCI Adulto: Encabezan la lista con 14% y 11% respectivamente, lo que indica una fuerte interacción con los usuarios y posibles oportunidades de mejora en la comunicación, procesos asistenciales o gestión del cuidado.

Áreas clínicas como Ortopedia, Hospitalización y Consulta Externa también presentan una participación importante, lo que puede reflejar tanto el nivel de demanda como desafíos en la calidad del servicio.

Servicios con participación intermedia (4%-2%) como Facturación, Oftalmología, Urgencias e Imágenes Diagnósticas deben ser observados de cerca, ya que aunque no lideran en volumen, su frecuencia los convierte en focos importantes de análisis.

Importancia de los servicios con menor volumen: Áreas como Ginecobstetricia, Cirugía Vascular y Otorrinolaringología, aunque representan solo un 2% cada una, también deben ser tenidas en cuenta, ya que las PQRSDf en estos servicios pueden tener un impacto directo en la percepción del usuario y en la calidad institucional.

Sede Regional de Zipaquirá: Con base en la información exportada desde el aplicativo institucional Almera, se realizó la tabulación de 519 PQRSDf registradas en la sede regional de Zipaquirá, correspondientes al período comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025.

Se identificaron 48 servicios institucionales, incluyendo dos categorías sin especificación definida: "Otro" (16 PQRSDf) y "En blanco" (68 PQRSDf), sumando un total de 84 PQRSDf (16%) sin un servicio claramente asociado.

A continuación, se presenta la tabla con los 15 servicios que concentran el mayor número de PQRSDf, los cuales agrupan 370 solicitudes, representando el 71% del total registrado y tramitado:

	SERVICIO INVOLUCRADO	CANTIDAD DE PQRSDF	%
1	Urgencias	92	18 %
2	Consulta externa	61	12 %
3	Hospitalización	54	10 %
4	Imágenes diagnosticas	35	7 %
5	Facturación	32	6 %
6	Ginecobstetricia	19	4 %
7	Admisiones	14	3 %

8	Enfermería	10	2 %
9	Call center	9	2 %
10	Cardiología	9	2 %
11	Fisioterapia	8	2 %
12	Oftalmología	8	2 %
13	Ortopedia	7	1 %
14	UCI Adulto	7	1 %
15	Dirección de Atención al Usuario	5	1 %
		370	71 %

Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización lideran el listado con 18%, 12% y 10% respectivamente. Esta concentración sugiere que estos servicios deben ser priorizados en términos de análisis y acciones de mejora, dado su rol asistencial crítico y la alta demanda de atención por parte de los usuarios.

Servicios administrativos y de apoyo: como Facturación (6%), Admisiones (3%) y Call Center (2%) también aparecen con niveles significativos de solicitudes, lo que indica la necesidad de fortalecer procesos no clínicos relacionados con la atención al usuario y la comunicación.

Áreas clínicas con participación moderada como Ginecobstetricia, Cardiología y Fisioterapia deben ser monitoreadas, ya que aunque tienen porcentajes menores, sus PQRSDF pueden ser indicadores de aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

PQRSDF sin servicio definido (84 casos): Representan el 16% del total, lo que refleja una oportunidad de mejora en el registro adecuado de los datos en el sistema. Es fundamental avanzar en la capacitación del personal que ingresa esta información para garantizar una trazabilidad precisa.

Sede Funcional de Zipaquirá: Con base en la información exportada desde el aplicativo institucional Almera, se realizó la tabulación de 203 PQRSDF registradas en la sede funcional de Zipaquirá durante el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025.

Se identificaron 20 servicios institucionales, incluyendo dos categorías sin especificación precisa: "Otro" (4 PQRSDF) y "En blanco" (23 PQRSDF), lo cual representa 27 PQRSDF (13%) sin una asignación clara al servicio involucrado.

La siguiente tabla muestra los 15 servicios que concentraron el mayor número de PQRSDF, sumando 173 solicitudes, equivalentes al 85% del total radicado y tramitado en esta sede:

SERVICIO INVOLUCRADO		CANTIDAD DE PQRSDF	%
1	Consulta externa	52	26 %
2	Urgencias	51	25 %
3	Hospitalización	23	11 %
4	Facturación	10	5 %
5	Ginecobstetricia	6	3 %
6	Admisiones	5	2 %
7	Enfermería	4	2 %
8	Laboratorio Clínico	4	2 %
9	Imágenes diagnosticas	3	1 %
10	Cirugía General	3	1 %
11	Call center	3	1 %
12	Hotelería	3	1 %
13	Estadística	2	1 %
14	Medicina Interna	2	1 %
15	Sistemas	2	1 %
		173	85 %

Alta concentración en dos servicios clave: Consulta externa (26%) y Urgencias (25%) representan conjuntamente más de la mitad de las PQRSDF tramitadas, lo que evidencia una alta interacción con los usuarios en estos servicios y la necesidad de fortalecer su gestión.

Hospitalización ocupa el tercer lugar (11%), lo que reafirma que los servicios asistenciales están directamente relacionados con la experiencia del usuario y por tanto deben ser objeto de revisión continua para garantizar una atención humanizada y oportuna.

Presencia de servicios administrativos: Facturación (5%), Admisiones (2%) y Call Center (1%) también aparecen en el listado, lo cual sugiere que los procesos administrativos, aunque no tan masivos, también generan un volumen importante de solicitudes que deben ser gestionadas con eficiencia.

Distribución en servicios clínicos de apoyo: Áreas como Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico y Estadística, aunque con bajo porcentaje individual, forman parte del conjunto de servicios que deben seguirse monitoreando por su impacto transversal en la atención.

PQRSDF sin servicio definido: El 13% de los registros no está vinculado a un servicio específico ("Otro" y "En blanco"), lo cual es una oportunidad clara para mejorar la calidad del registro y trazabilidad, asegurando que toda PQRSDF sea adecuadamente clasificada.

Se recomienda mejorar la calidad del registro de las PQRSDF en el aplicativo institucional Almera, capacitando al personal responsable con el fin de disminuir el número de casos sin servicio asociado. Esto permitirá asignar correctamente cada solicitud, mejorando la trazabilidad, el análisis y la toma de decisiones, y facilitando una gestión más precisa y efectiva de la información.

2.3.4. Causas relacionadas con la interrupción de servicios y afectación a la sostenibilidad financiera institucional

Bogotá: Con base en la información exportada desde el aplicativo institucional Almera, durante el periodo evaluado, correspondiente a las PQRSDF radicadas entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025 en la sede Bogotá, se exportaron 1.433 registros. Al realizar la depuración de la base de datos, se evidenció que 738 registros (equivalentes al 51,5 %) no cuentan con una causa asignada, lo cual representa una limitación importante para el análisis real de las fallas institucionales que inciden en la prestación del servicio y la sostenibilidad financiera.

Del total de solicitudes, 301 PQRSDF (21 %) están asociadas a causas que tienen un impacto directo en la interrupción de servicios o en la eficiencia operativa, lo cual afecta directamente la sostenibilidad financiera institucional. A continuación, se presentan las causas identificadas:

CAUSAS	CANTIDAD	%
"D" Cirugía cancelada por factores atribuibles a la organización.	5	0,3 %
"N" Demora en la programación de cirugía: Ambulatoria y Hospitalización.	153	11 %
"V" Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	2	0,1 %
"S" Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	29	2 %
"G" Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	43	3 %
"R" Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: Call center, presencial, pág. web, WhatsApp, correo electrónico	64	4 %

"AP" Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	5	0,3 %
	301	21 %

Estas causas reflejan fallas asistenciales y administrativas que afectan la continuidad del servicio, reducen la eficiencia operativa y deterioran la experiencia del usuario.

Adicionalmente, se identificaron 185 PQRSDF (13 %) relacionadas con la necesidad de mejorar la calidad, calidez y trato amable en la atención brindada por el personal asistencial (médico, enfermería, auxiliares, camilleros y técnicos). Aunque estas no necesariamente implican cancelaciones de servicios, sí generan un impacto negativo en la confianza del usuario, disminuyen su fidelización y generan reprocesos derivados de la insatisfacción, lo cual también compromete la sostenibilidad institucional.

Recomendación: Se sugiere implementar una medida correctiva que obligue el registro completo de la causa al momento de radicar la PQRSDF, acompañado de capacitaciones al personal responsable. Igualmente, se recomienda actualizar el listado de causas en el aplicativo Almera, incorporando opciones relacionadas con la sostenibilidad financiera, como dificultades en facturación o reprocesos administrativos.

Sede Regional de Zipaquirá: Con base en la información exportada del aplicativo institucional Almera para el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025, se identificaron 519 registros de PQRSDF en la sede regional. Después de depurar la base se evidenció que 170 registros (equivalentes al 33 %) no cuentan con una causa asignada, lo cual representa una limitación importante para el análisis real de las fallas institucionales que inciden en la prestación del servicio y la sostenibilidad financiera.

Del total de solicitudes, 94 PQRSDF (18 %) están asociadas a causas que tienen un impacto directo en la interrupción de servicios o en la eficiencia operativa, lo cual afecta directamente la sostenibilidad financiera institucional. A continuación, se presentan las causas identificadas:

CAUSAS	CANTIDAD	%
"Ñ" Demora en la programación de cirugía: Ambulatoria y Hospitalización.	2	0.4 %
"V" Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirúrgicos para obtener atención, o elementos suministrados de mala calidad.	2	0.4 %
"S" Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	12	2 %
"G" Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	20	4 %
"R" Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas: Call center, presencial, pág. web, WhatsApp, correo electrónico	55	11 %
"AP" Falla y/o diligenciamiento incompleto de documentos necesarios para tramite de autorizaciones ante la EPS.	3	1 %
	94	18 %

Estas causas reflejan deficiencias asistenciales y administrativas que impactan la continuidad operativa, elevan los tiempos de espera y generan reprocesos, afectando tanto la satisfacción del usuario como los costos institucionales.

Adicionalmente, se registraron 107 PQRSDF (21 %) asociadas a la necesidad de mejorar la calidad, calidez y trato amable del personal asistencial (médico, enfermería, auxiliares, camilleros y técnicos). Aunque no

siempre conllevan cancelaciones de servicios, estas quejas deterioran la confianza de los usuarios, disminuyen su fidelización y generan reprocesos derivados de la insatisfacción, lo cual también compromete la sostenibilidad de la sede regional.

Se recomienda fortalecer la atención humanizada y centrada en el usuario, mediante estrategias de formación continua dirigidas al personal asistencial. Esto permitirá mejorar la calidad del trato, reducir las inconformidades relacionadas con la atención, y reforzar la confianza y satisfacción del usuario.

Sede Funcional de Zipaquirá: Con base en la información exportada del aplicativo institucional Almera, durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025, se identificaron 203 registros de PQRSDf en la sede funcional. Después de depurar la base se evidenció que 67 registros (equivalentes al 33 %) no cuentan con una causa asignada, lo cual representa una limitación importante para el análisis real de las fallas institucionales que inciden en la prestación del servicio y la sostenibilidad financiera.

Del total de solicitudes, 8 PQRSDf (4 %) corresponden a causas directamente asociadas con posibles interrupciones del servicio o ineficiencias operativas. Estas se clasifican de la siguiente manera:

CAUSAS	CANTIDAD	%
"G" Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	5	2,5 %
"R" Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: Call center, presencial, pág. web, WhatsApp,, correo electrónico	2	1,0 %
"S" Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	1	0,5 %
	8	4 %

Aunque el volumen de causas es bajo en comparación con otras sedes, se evidencian fallas puntuales en los procesos de atención que generan demoras, insatisfacción y uso ineficiente de recursos. Además, el 40 % de las PQRSDf están relacionadas con la calidad del trato del personal asistencial, lo que afecta la percepción del usuario y puede requerir acciones correctivas que impactan la sostenibilidad institucional.

Se recomienda revisar y optimizar los procesos de agendamiento y los canales de comunicación institucionales (Call center, Página web, WhatsApp), debido a las demoras en la asignación de citas médicas y procedimientos identificadas en las sedes Bogotá, regional y funcional. Esto con el fin de garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.

2.3.5. Planes de Mejoramiento derivados de PQRSDF – Paciente y su Familia

ID	Titular	Descripción	Delegados	# Acciones	Priorización
2641	Inclusión de indicadores de UPZ referente a Atención al Usuario.	Plan de mejora aprobado por el administrador	13 acciones	Bajo (5)	
3029	Materialización del riesgo, por causa diferente a las definidas en el mapa de riesgos (incorrecta clasificación de PQRSD)	Plan de mejora aprobado por el administrador	9 acciones	Bajo (9)	
3051	Quejas y reclamos por Falta de calidez y trato amable de enfermería	Plan de mejora aprobado por el administrador	6 acciones	Baja (75)	
3052	Queja por la falta de atención recibida por profesional de Trabajo Social (no acompañamiento y falta de información sobre incomodidad presentada) y Queja por presunta Violencia sexual a Paciente por parte de Colaborador	Plan de mejora aprobado por el administrador	11 acciones	Bajo (25)	
3221	Materialización del riesgo, por Falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión	Plan de mejora aprobado por el administrador	6 acciones	Bajo (9)	
3270	Falta de calidez y trato amable por parte de enfermería				

Durante la revisión realizada en el aplicativo Almera, en el mapa por procesos “Atención al Usuario, Familia y Comunidad”, se identificaron seis (6) planes de mejoramiento asociados a PQRSDF. A continuación, se detallan los principales hallazgos con corte a julio de 2025:

- **Planes 3029 y 3051:** Presentan un avance ponderado del 100%, evidenciando cumplimiento total de las acciones formuladas.
- **Plan 2641:** En el informe preliminar registraba un avance del 92,31%, con una acción pendiente. Tras el cierre de la auditoría, se validó que ya alcanzó el 100% de avance, lo que indica cumplimiento completo.
- **Plan 3052:** Mantiene un avance ponderado del 54,55%. De once (11) acciones formuladas, cinco (5) aún no han sido iniciadas, pese a que su fecha de cumplimiento estaba prevista para el 27 de diciembre de 2024. Dada la sensibilidad del origen de este plan, se sugiere priorizar su ejecución completa, para mitigar riesgos institucionales y garantizar la atención adecuada a los usuarios afectados. **Plan 3267:** Fue formulado posteriormente como respuesta al bajo avance del plan 3052, y actualmente registra un avance del 20%. Se resalta la importancia de hacer seguimiento paralelo a ambos planes, dado que comparten el mismo origen.

Informe: PUMP HUS 2024 (2024-01-01)

Unidad: Atención al Usuario Familia y Comunidad

Plan de mejoramiento vigencia 2024: Hospital Universitario de la Samaritana

Detalle: Queja por la falta de atención recibida por profesional de trabajo social (no acompañamiento y falta de información sobre incomodidad presentada) y queja por presunta Violencia sexual a Paciente por parte de colaborador

Fecha: 2024-03-27

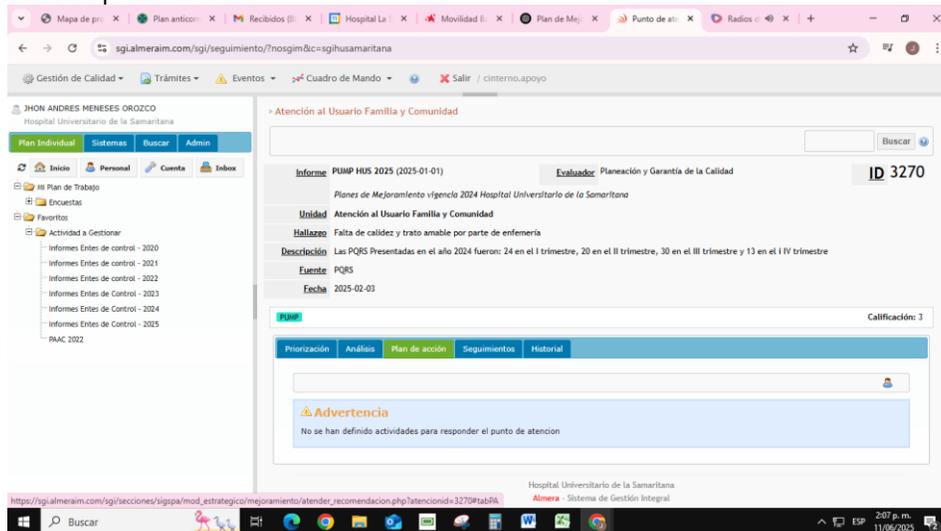
Priorización: PQRSD

Calificación: 1

Acciones de mejoramiento propuestas (11)	Inicio	Terminación	Seguimiento
1.1. Generar o formular Alertas que conlleven a toma de acciones interdisciplinarias en casos críticos	2024-05-27	2024-05-31	100.00% [94]
1.2. Elaborar pieza informativa con los criterios definidos	2024-06-04	2024-06-21	100.00% [94]
1.3. Promover la atención e intervención interdisciplinaria en casos críticos o en los que se requiere	2024-06-24	2024-06-28	100.00% [94]
1.4. Llevar registro diario de actividades de T.S en UCI, en el DRIVE respectivo con el fin de...	2024-05-02	2024-12-27	100.00% [94]
1.4. Realizar seguimiento semanal a los estudios sociales de Pacientes hospitalizados en la UCI y Unidad de Cuidado Intermedio	2024-08-01	2024-12-27	100.00% [94]
1.5. Acordar a los resultados del seguimiento a la elaboración de los estudios sociales de Pacientes hospitalizados en UCI y Unidad de Cuidado Intermedio y diligenciamiento diario del DRIVE de registro diario de actividades tomar acciones a que haya lugar	2024-09-02	2024-12-27	100.00% [94]
2.1. Revisar normativa e identificar parámetros de actuación institucional cuando está involucrado un colaborador en una presunta violencia sexual o Violencia	2024-06-04	2024-06-28	0.00% [94]
2.2. Realizar ajustes y actualización a los Procedimientos de Violencia y Violencia sexual del HUS dando alcance en los casos que el presunto victimario sea un colaborador del HUS (Planta o contrato) con participación de Subdirectora de Desarrollo Humano y Jefa Oficina Jurídica del HUS.	2024-07-01	2024-07-19	0.00% [94]
2.3. Reocalizar los Procedimientos de Violencia Sexual y Violencias en los Grupos Prioritarios Personal Médico Especialistas, Residentes, Médicos en S.S.O., Enfermeras Jefes, Trabajadores Sociales, Silleros Clínicos y Médicos Squarinas	2024-07-22	2024-08-30	0.00% [94]
2.4. Realizar mensualmente seguimiento desde Grupo de Violencias (incluye la mensual) al cumplimiento de los Procedimientos institucionales	2024-05-27	2024-12-27	0.00% [94]
2.5. Acordar a los resultados del seguimiento tomar acciones a que haya lugar	2024-05-27	2024-06-28	0.00% [94]

Avance ponderado: 54.55%

- **Plan 3221:** Presenta un avance ponderado del 78,33%, con una de sus acciones aún en fase inicial (25% de avance). Si bien ha mostrado progreso frente a lo evidenciado en el informe preliminar, requiere fortalecimiento del seguimiento para garantizar su cierre oportuno antes de la fecha límite (diciembre de 2025).
- **Plan 3270:** A la fecha continúa sin plan de acción cargado en el sistema. No obstante, el proceso auditado informó que este plan ha sido rechazado reiteradamente, ya que su causa fue atendida mediante otro plan (**ID 3240**) formulado en el proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios, el cual registra un avance del 38,13%. Se solicitó su retiro a través del sistema Almera, lo cual aún se encuentra pendiente.



Recomendación: Se reitera la necesidad de fortalecer el seguimiento, ejecución y actualización en el sistema Almera de los planes de mejoramiento derivados de PQRSDf, priorizando aquellos con bajo avance o sin acciones cargadas. Particularmente, se recomienda garantizar la ejecución de las acciones pendientes de los planes 3052 y 3267, y finalizar el proceso de retiro del plan 3270, a fin de asegurar la trazabilidad y efectividad de los compromisos institucionales.

3. Formulario Voz del Cliente Interno

3.1 Normas Internas

En el marco de la presente auditoría de gestión de PQRSDf, vigencia 2025, se revisó el procedimiento institucional aplicable a la gestión de manifestaciones internas del talento humano, identificado con el código 02GTH05-V4, denominado Voz del Cliente Interno, vigente hasta abril de 2026.

Este procedimiento hace parte del proceso de Gestión del Talento Humano y se encuentra disponible en la intranet del HUS bajo la siguiente ruta de acceso: Sistema de Gestión Integral Almera / Inicio / Mapa por procesos / Gestión del Talento Humano / Documentación / Documentos asociados / Procedimiento / Voz del cliente interno

El objetivo del procedimiento es:

“Conocer y gestionar las necesidades y expectativas del cliente interno que permita conocer las inquietudes o sugerencias de los colaboradores en relación al entorno laboral, buscando el mejoramiento continuo y la satisfacción de los mismos a través de este medio, priorizando aquellas que impacten en el mejoramiento o

desarrollo institucional para contribuir al clima laboral y lograr satisfacer las necesidades de nuestros clientes internos.”

Este lineamiento constituye el marco normativo institucional para el análisis del formulario Voz del Cliente Interno, disponible en el aplicativo Almera, el cual permite canalizar manifestaciones asociadas a temas como: clima laboral, bienestar social, capacitación, seguridad y salud en el trabajo, desempeño laboral, entre otros aspectos que impactan directamente en el entorno organizacional.

No obstante, se resalta que, de acuerdo con la Ley 1755 de 2015, toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades y a obtener pronta resolución de fondo, sin importar su rol o vínculo con la administración. Así lo establece el artículo 13 de dicha ley, que señala:

“Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo.”

Del mismo modo, el artículo 14 define los términos máximos para resolver distintos tipos de peticiones: 15 días hábiles para peticiones generales, 10 días para solicitudes de información y copias, y 30 días para consultas. Además, el mismo artículo establece que:

“Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción”

Lo cual enfatiza la obligatoriedad de atender oportunamente cualquier solicitud, independientemente de su clasificación formal.

Esta disposición resulta especialmente pertinente frente a las manifestaciones registradas en el formulario Voz del Cliente Interno, que no están tipificadas bajo la estructura tradicional de PQRSDF, pero que pueden corresponder a derechos de petición y deben tramitarse conforme a los términos legales.

Esta interpretación ha sido ratificada por la Corte Constitucional en la Sentencia C-951 de 2014, donde se concluye que:

“Toda persona, sin distinción de su rol o vínculo con la administración, tiene derecho a presentar peticiones respetuosas ante las autoridades y a obtener pronta resolución de fondo.”

En consecuencia, el hecho de que un servidor público formule una solicitud ante su propia entidad no desvirtúa su calidad de peticionario, ni exime a la entidad de dar respuesta dentro de los términos legales, siempre que el contenido de la manifestación corresponda a una solicitud formal en los términos del derecho de petición.

Por lo anterior, se considera fundamental que el procedimiento 02GTH05-V4 integre criterios para: clasificar formalmente las manifestaciones del cliente interno, identificar cuándo estas configuran derechos de petición, y establecer tiempos máximos de respuesta, en concordancia con los lineamientos legales.

3.2 Gestión institucional frente al Formulario Voz Cliente Interno

Como parte del análisis, se realizó una revisión del proceso de Gestión del Talento Humano en la plataforma institucional Almera, con el fin de identificar si el formulario Voz del Cliente Interno se encuentra articulado con elementos de gestión como riesgos, indicadores o planes de mejora. No obstante, no se evidenciaron riesgos formalmente asociados a dicho formulario como canal institucional para la recopilación de manifestaciones internas, ni tampoco indicadores que den seguimiento al mismo. Asimismo, no se encontraron planes de mejoramiento derivados de las manifestaciones consignadas por los colaboradores. Esta situación limita la

trazabilidad institucional de las inconformidades manifestadas por el talento humano y su tratamiento en el marco de la mejora continua.

Se recomienda establecer mecanismos que permitan integrar este formulario a la gestión institucional, mediante la identificación de riesgos, la formulación de indicadores y el desarrollo de acciones de mejora, de manera que se fortalezca el seguimiento y análisis de las manifestaciones internas como insumo para la mejora continua.

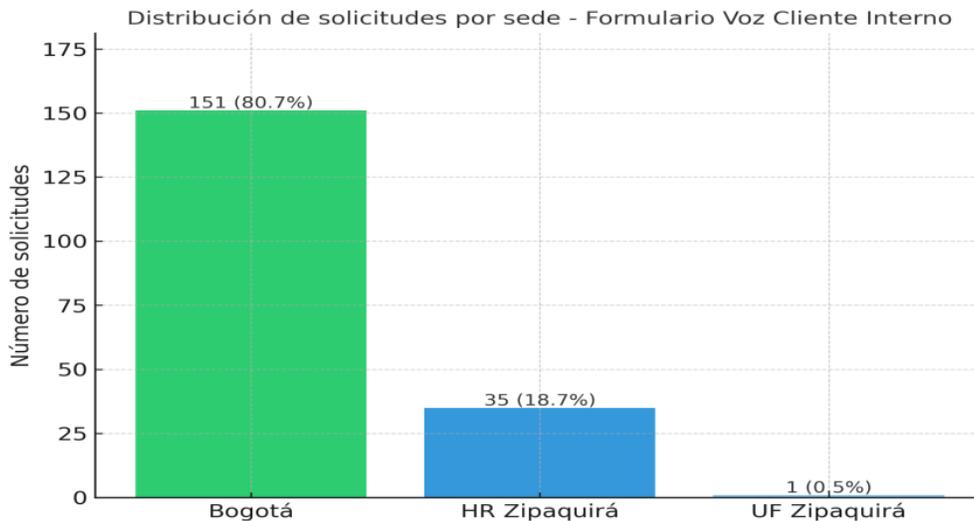
3.3 Seguimiento al Formulario Voz Cliente Interno

Como parte del ejercicio de auditoría a la gestión de PQRSDf en la vigencia 2025, se realizó el seguimiento al formulario Voz del Cliente Interno, disponible en el aplicativo institucional Almera y administrado por la Dirección de Talento Humano.

Para la presente revisión, y en concordancia con las directrices establecidas, la fuente oficial de consulta fue exclusivamente la plataforma institucional Almera, utilizando el usuario de consulta cinterno.apoyo, abarcando el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025. La exportación de datos se realizó filtrando por centro de atención, incluyendo registros de la Sede Bogotá, el Hospital Regional de Zipaquirá y la Unidad Funcional de Zipaquirá.

Durante el periodo evaluado, se identificaron 187 registros en total, distribuidos así:

- Bogotá: 151 solicitudes (81%)
- Hospital Regional Zipaquirá: 35 solicitudes (18.7%)
- Unidad Funcional Zipaquirá: 1 solicitud (0.3%)



En cuanto al estado de las manifestaciones, se evidenció que 186 solicitudes (99,5%) fueron cerradas y 1 solicitud se encontraba registrada en estado "en gestión" al momento del corte del periodo auditado. No obstante, al consultar el historial de transiciones dentro del aplicativo institucional Almera, se observó que dicho caso cuenta con fecha de cierre registrada, lo cual sugiere una inconsistencia en el sistema, ya que el estado general no se actualizó correctamente.

The top screenshot displays the 'Voz Cliente Interno' form completion page. It includes a navigation menu on the left, a header with 'Seguimiento | Administrar | Generar Respuesta | Respuesta parcial', and a main content area with the following details:

- Documento:** Transiciones | Seguimientos
- Usuario:** Anónimo
- Estado:** En Gestión
- Fecha registro:** 2025-03-04
- Código:** SI 2025053
- Formulario:** ¿Desea que su comunicación sea SI anónima? (SI) and ¿En que sede se encuentra? (Bogotá)
- Transiciones:** Código Interno: 045-2025
- Medio de presentación de la PQR:** Página web
- Fecha de solicitud de PQR:** 2025-03-03
- Fecha de radicado de PQR:** 2025-03-04

The bottom screenshot shows the 'Métricas' section of the application:

- Días de respuesta Final:** 5 días 02:02:39
- Tiempo en gestión:** 5 días 02:02:39
- Transiciones aplicadas (3):**
 - Notificación de Respuesta:** Andrea Geraldine Caldas Ramirez (Validación Respuesta Final) → (Cerrado) | 2025-03-10 01:07 PM
 - Generar Respuesta:** Andrea Geraldine Caldas Ramirez (En Gestión) → Andrea Geraldine Caldas Ramirez (Validación Respuesta Final) | 2025-03-10 01:05 PM
 - Radicalar:** Anonimo (En Recepción) → Andrea Geraldine Caldas Ramirez (En Gestión) | 2025-03-03 11:03 AM

Se sugiere a la dirección de Talento Humano realizar el seguimiento correspondiente a este caso puntual, así como verificar con el área encargada del aplicativo si existen inconsistencias similares, para evitar distorsiones en los reportes de gestión.

3.4 Oportunidad de respuesta Formulario Voz Cliente Interno

El procedimiento institucional 02GTH05-V4 Voz del Cliente Interno, vigente hasta el año 2026, no establece un tiempo máximo para dar respuesta a las solicitudes radicadas por este medio. Sin embargo, en consulta realizada con la profesional encargada del formulario, se indicó que de manera operativa se ha adoptado un plazo interno de 15 días hábiles para brindar respuesta al peticionario.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025, se registraron 187 solicitudes a través del formulario *Voz Cliente Interno*. De estas, 17 casos (9,1%) superaron el tiempo de respuesta señalado, según el estándar operativo mencionado.

A continuación, se relacionan los registros que excedieron el plazo de 15 días hábiles:

Código	Estado	Fecha registro	Fecha vencimiento	Fecha respuesta	¿En qué sede se encuentra?	Proceso involucrado	¿Requiere respuesta parcial?	Días de respuesta Final
SI 2024366	Cerrado	2024-12-20	2025-01-15	2025-01-16	Bogotá	Direccionamiento Estratégico	NO	16 días 03:14:15
SI 2024349	Cerrado	2024-12-06	2024-12-30	2025-01-01	Bogotá	Hotelería Hospitalaria	NO	16 días 05:18:18
SI 2024367	Cerrado	2024-12-20	2025-01-15	2025-01-21	Bogotá	Docencia	NO	16 días 21:25:53
SI 2025116	Cerrado	2025-05-28	2025-06-19	2025-06-23	Bogotá	Atención Farmacéutica	NO	16 días 00:17:42
SI 2025108	Cerrado	2025-05-19	2025-06-10	2025-06-16	Bogotá	Atención Farmacéutica	NO	18 días 23:10:27
SI 2025039	Cerrado	2025-02-26	2025-03-19	2025-03-27	Bogotá	Atención a Paciente Ambulatorio	NO	20 días 16:15:44
SI 2025074	Cerrado	2025-04-04	2025-04-29	2025-05-16	Bogotá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	18 días 03:09:45
SI 2025050	Cerrado	2025-03-04	2025-03-26	2025-03-29	Hospital Regional Zipaquirá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	17 días 18:07:43
SI 2025045	Cerrado	2025-02-28	2025-03-21	2025-04-05	Bogotá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	25 días 12:52:09
SI 2025082	Cerrado	2025-04-15	2025-05-09	2025-05-12	Hospital Regional Zipaquirá	Gestión de Talento Humano	NO	17 días 19:45:59
SI 2025088	Cerrado	2025-04-24	2025-05-16	2025-05-20	Bogotá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	16 días 23:18:35
SI 2025017	Cerrado	2025-01-23	2025-02-13	2025-02-14	Hospital Regional Zipaquirá	Gestión de Talento Humano	NO	16 días 21:03:31
SI 2025110	Cerrado	2025-05-23	2025-06-16	2025-06-17	Bogotá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	16 días 06:43:40
SI 2025078	Cerrado	2025-04-11	2025-05-07	2025-05-12	Bogotá	Atención a Paciente Hospitalizado	NO	21 días 14:20:19
SI 2025084	Cerrado	2025-04-16	2025-05-12	2025-05-13	Bogotá	Desarrollo de Servicios	NO	17 días 00:03:50
SI 2025101	Cerrado	2025-05-09	2025-05-30	2025-06-09	Hospital Regional Zipaquirá	Atención Farmacéutica	NO	19 días 20:57:14
SI 2025038	Cerrado	2025-02-26	2025-03-19	2025-04-01	Bogotá	Atención a Paciente Ambulatorio	NO	23 días 15:55:01

- Del total de solicitudes que superaron el plazo de 15 días hábiles, 4 casos correspondieron a la sede Hospital Regional de Zipaquirá y 13 casos a la sede Bogotá, lo que evidencia una mayor concentración de tiempos excedidos en esta última.
- El caso con mayor demora corresponde al código SI 2025045, cuya respuesta fue emitida 25 días después del vencimiento estimado.
- En todos los registros analizados, la casilla correspondiente a “¿Requiere respuesta parcial?” fue marcada como NO, por lo tanto, no se evidencian casos en los que se haya requerido o gestionado una respuesta parcial o seguimiento intermedio. Esto limita la posibilidad de identificar si, en situaciones con demoras, se brindó algún tipo de atención transitoria al solicitante, lo cual puede afectar la trazabilidad y la percepción de oportunidad en la gestión de la solicitud.
- Adicionalmente, se identificó que el formulario Voz Cliente Interno no clasifica las solicitudes bajo la tipología PQRSDf (Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia, Denuncia o Felicitación). En el archivo exportado desde el aplicativo Almera, el campo correspondiente a “Tipo de PQRSDf” no presenta ninguna categorización específica, registrándose todas las entradas como manifestaciones internas sin distinción. Esta limitación impide analizar la oportunidad en la respuesta con base en la naturaleza del requerimiento y afecta la articulación del formulario con los lineamientos institucionales en materia de gestión de PQRSDf.

3.5 Procesos con mayor número de manifestaciones internas registradas

En esta sección se presenta un análisis de los procesos institucionales que registraron el mayor número de manifestaciones internas a través del formulario Voz Cliente Interno, con base en la información contenida en la casilla “Proceso involucrado”.

Cabe señalar que, si bien el formulario también cuenta con una casilla denominada “Servicio”, esta no fue considerada como criterio principal de análisis, ya que 65 de los 187 registros (34,7%) presentan este campo sin diligenciar.

Adicionalmente, se identificó que en 21 registros (11,2%) tampoco se diligenció la casilla correspondiente al “Proceso involucrado”, lo cual limita la cobertura del análisis. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer el diligenciamiento completo y obligatorio de los campos del formulario, a fin de mejorar la calidad de la información disponible para el seguimiento y la toma de decisiones institucionales.

A continuación, se presenta la distribución de las manifestaciones según el proceso institucional involucrado:

PROCESO INVOLUCRADO	CANTIDAD DE MANIFESTACIONES	%
Atención a Paciente Hospitalizado	82	44%
Gestión de Talento Humano	25	13%
Atención Farmacéutica	12	6%
Direccionamiento Estratégico	9	5%
Atención a Paciente Urgencias	8	4%
Atención al Paciente y su Familia	8	4%
Facturación y Recaudo	6	3%
Desarrollo de Servicios	5	3%
Hotelería Hospitalaria	3	2%
Atención a Paciente Ambulatorio	3	2%
atención a Paciente Quirúrgico	2	1%
Gestión de la Información	2	1%
Docencia	1	1%
	166	89%

Del total de registros válidos, se observa que el proceso de Atención a Paciente Hospitalizado concentró el mayor número de manifestaciones internas, con 82 casos (44%), seguido por Gestión de Talento Humano con 25 manifestaciones (13%) y Atención Farmacéutica con 12 (6%). Estos tres procesos en conjunto representan más de la mitad del total analizado (63%), lo cual sugiere que en estas áreas se concentra una parte significativa de las percepciones, necesidades o inconformidades expresadas por el talento humano institucional. Este comportamiento podría estar relacionado con el nivel de interacción operativa que dichos procesos tienen con los funcionarios, la intensidad del trabajo asistencial, o aspectos administrativos propios de su gestión.

Estos resultados constituyen un insumo útil para priorizar acciones de mejora o seguimiento, especialmente en los procesos que presentan mayor volumen de manifestaciones, con el fin de identificar causas estructurales, patrones recurrentes y oportunidades de fortalecimiento interno.

En atención a los hallazgos identificados, se recomienda establecer mecanismos que aseguren el diligenciamiento obligatorio de los campos “Proceso involucrado” y “Servicio” en el formulario Voz Cliente

Interno, a fin de mejorar la completitud y confiabilidad de la información registrada en el aplicativo institucional Almera.

3.6 Causas más frecuentes identificadas en las manifestaciones internas

A continuación se presenta el análisis de las causas asociadas a las manifestaciones internas registradas a través del formulario Voz Cliente Interno, diligenciado por el proceso de talento humano institucional durante el periodo auditado.

De los 187 registros totales, se encontró que 166 manifestaciones (89%) incluyen información en la casilla de “Causa”, mientras que 21 registros (11%) no presentan ninguna clasificación, lo cual limita la posibilidad de análisis completo sobre el origen de algunas inconformidades o necesidades. Esta situación resalta la importancia de mejorar el diligenciamiento completo de los campos estructurados del formulario, especialmente cuando estos son claves para el análisis organizacional.

A continuación, se presenta la distribución de las causas más frecuentes identificadas:

CAUSAS RECURRENTES	CANTIDAD	%
A Falta de calidez en clima laboral y trato amable	99	53%
F Cumplimiento a funciones	21	11%
D Posible inconformismo por falta de seguimiento a los colaboradores	18	10%
B Causas externas al HUS (Sindicato, cafetería, tercerizados etc)	11	6%
N Dificultades internas que afectan posiblemente al paciente	8	4%
G Seguridad y salud en el trabajo	2	2%
No Aplica	2	2%
E Cumplimiento a horarios	1	1%
L Participación a programas de bienestar social, estímulos e incentivos	1	1%
Traslado a Zipaquirá	1	1%
O Posible pérdida de elementos del HUS	1	1%
I Exceso de funciones	1	1%
	166	89%

- Se evidencia que la causa más mencionada en las manifestaciones internas es la relacionada con la falta de calidez en el clima laboral y trato amable, con 99 registros (53%), lo que indica que las percepciones sobre el ambiente laboral, el respeto y las relaciones interpersonales representan un foco importante de atención institucional.
- Le siguen, en menor proporción, los aspectos relacionados con el cumplimiento a funciones (11%) y la falta de seguimiento a los colaboradores (10%), lo cual puede reflejar posibles brechas en la supervisión, acompañamiento y definición clara de responsabilidades dentro de las áreas.
- También se destacan manifestaciones que apuntan a factores externos al hospital (6%), tales como servicios tercerizados o temas sindicales, así como algunas preocupaciones sobre posibles impactos en la atención al paciente (4%), que si bien no representan la mayoría, pueden tener un efecto significativo en la cultura organizacional y el servicio prestado.
- La baja frecuencia de otras causas como seguridad y salud en el trabajo, exceso de funciones, pérdida de elementos o bienestar laboral no debe descartarse, ya que podrían estar subrepresentadas por debilidades en la clasificación o por subregistro de manifestaciones.

Estos resultados constituyen un insumo relevante para que la dirección de Talento Humano y las dependencias involucradas prioricen intervenciones sobre los temas más sensibles para el personal, en especial aquellos relacionados con el fortalecimiento del clima laboral, la comunicación efectiva, el

acompañamiento a los equipos de trabajo y la revisión de condiciones organizacionales que impactan la percepción interna del talento humano.

En este sentido, se formuló una recomendación orientada a que la dirección de Talento Humano, en articulación con las áreas correspondientes, estructure planes de mejoramiento enfocados en el fortalecimiento del clima organizacional, el desarrollo de competencias comunicativas y de liderazgo, y la implementación de mecanismos efectivos de seguimiento al desempeño del talento humano.

Por otra parte como parte del proceso auditor, se realizó una reunión presencial en la oficina de control interno con la profesional encargada del formulario Voz del Cliente Interno, con el fin de contrastar y confirmar los hallazgos preliminares identificados durante la auditoría de gestión del formulario voz del cliente interno. En dicha reunión se verificaron aspectos clave como la existencia de riesgos institucionales asociados al formulario, la presencia de indicadores de seguimiento, la formulación de planes de mejora derivados de las manifestaciones internas, y la validez de las recomendaciones formuladas en el presente capítulo.

La profesional confirmó que actualmente no existen riesgos institucionales registrados ni indicadores asociados al seguimiento del formulario. Tampoco se han estructurado planes de mejora específicos a partir de las manifestaciones recibidas. Sin embargo, manifestó que algunas de estas manifestaciones particularmente aquellas relacionadas con clima laboral y bienestar social han servido como insumo para implementar capacitaciones dirigidas a las áreas involucradas. Estas capacitaciones abordan temas como principios y ética laboral, con el propósito de responder a las necesidades expresadas por el talento humano y contribuir a un mejor ambiente organizacional.

4. Encuesta “Auditoría de Gestión PQRSDf a Mayo 31 del 2025”

La presente encuesta fue aplicada en la reunión de apertura de la auditoría a la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicidades (PQRSDf), correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2024 y el 31 de mayo de 2025. La reunión se llevó a cabo el viernes 27 de junio, en el horario de 10:00 a.m. a 11:30 a.m., a través del siguiente enlace: <https://meet.google.com/itp-bqvs-ahf>. Se citaron a trece (13) responsables del proceso, de los cuales diez (10) diligenciaron la encuesta, lo que representa un 77% de participación.

La encuesta tuvo como finalidad evaluar el nivel de conocimiento y la percepción de los servidores públicos sobre la gestión de PQRSDf en el Hospital La Samaritana, así como identificar oportunidades de mejora. Adicionalmente, se buscó fortalecer la participación institucional, fomentar una cultura de calidad, y generar insumos para acciones correctivas y preventivas que contribuyan al mejoramiento continuo del proceso.

Los responsables de proceso que representan el 23% de los citados que fueron socializados y que NO participaron en dar respuesta a las preguntas relacionadas en la encuesta fueron los siguientes:

RESPONSABLE DE PROCESO NO PRESENTARON ENCUESTA	
1	Martha Lucia Gonzalez - Subdirectora Talento Humano
2	Alexandra Beltran Suarez - Proceso Gestión Servicios Ambulatorios
4	Yeimy Viviana Parra Rodríguez - Profesional Defensoría del Usuario

4.1. Objetivos de la encuesta

- Evaluar el nivel de conocimiento previo sobre los procedimientos, normativas y herramientas utilizadas en la gestión de PQRSDF.
- Identificar posibles brechas en la comprensión, apropiación y aplicación del proceso por parte de los responsables.
- Recoger percepciones sobre la efectividad de los controles implementados frente a los riesgos asociados.
- Obtener sugerencias que permitan fortalecer el proceso desde la experiencia de los actores clave.
- Promover el compromiso institucional en la mejora continua de la atención al usuario, familia y comunidad.

4.2. Instrucciones

Se solicitó a los asistentes de la reunión de apertura diligenciar la encuesta de manera objetiva y basada en su experiencia y conocimientos actuales. Las respuestas obtenidas son de carácter confidencial y servirán como base para identificar puntos críticos y fortalecer las capacidades institucionales relacionadas con la gestión de PQRSDF.

4.3. Preguntas y respuestas de la encuesta

Pregunta 1. ¿Quién es el responsable de dar trámite interno a las PQRSDF en el Hospital Universitario de La Samaritana?

Respuesta correcta: **c) La Oficina de Atención al Usuario**

Pregunta 2. ¿Si una entidad recibe una petición que no es de su competencia, en qué plazo debe informar al ciudadano o trasladar la solicitud a la entidad correspondiente?

Respuesta correcta: **c) Dentro de los 5 días hábiles.**

Pregunta 3. Indique cuáles son los procedimientos y documentos vigentes relacionados con PQRSDF que se encuentran publicados actualmente en el aplicativo Institucional Almera.

Respuesta correcta: **c) 00UFC01-V4 Caracterización de Atención al Usuario y su Familia, 02UFC06-V7 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (Atención al Ciudadano)**

Pregunta 4. ¿Cuál es el plazo legal para responder una petición de interés general, según la Ley 1755 de 2015?

Respuesta correcta: **c) 15 días hábiles**

Pregunta 5. ¿Cuál es el objetivo principal del seguimiento a las PQRSDF desde el Sistema de Gestión de Calidad?

Respuesta correcta: **d) Identificar oportunidades de mejora y retroalimentar procesos**

Pregunta 6. ¿Cuál de las siguientes opciones representa una acción correcta al recibir una denuncia anónima en el Hospital?

Respuesta correcta: **b) Clasificarla y dar trámite interno**

Pregunta 7. ¿Cuál es la diferencia principal entre una queja y una denuncia en la gestión de PQRSDF?

Respuesta correcta: **b) La queja es sobre servicios; la denuncia, sobre presuntas irregularidades legales**

Pregunta 8. ¿Qué principio rige la atención de las PQRSDF en una entidad pública?

Respuesta correcta: **d) Transparencia y participación ciudadana**

Pregunta 9. ¿Qué ley regula el derecho de petición en Colombia?

Respuesta correcta: c) Ley 1755 de 2015

Pregunta 10. Según las funciones definidas en la Ley 87 de 1993 y la Ley 1474 de 2011, ¿cuál es el rol principal de la Oficina de Control Interno en relación con la gestión de las PQRSDF en las entidades públicas?

Respuesta correcta: c) Para evaluar y verificar el cumplimiento de políticas anticorrupción y participación ciudadana

Pregunta 11. ¿Cuál de las siguientes opciones incluye entidades que pueden asesorar a los ciudadanos en la presentación de peticiones?

Respuesta correcta: d) Todas las anteriores

Pregunta 12. ¿Qué tipo de PQRSDF hace referencia a la manifestación de insatisfacción por la atención o el servicio recibido?

Respuesta correcta: c) Queja

Pregunta 13. ¿En qué norma se establece la obligación de garantizar el acceso a la información pública?

Respuesta correcta: b) Ley 1712 de 2014

Pregunta 14. ¿Qué entidad vigila el cumplimiento del derecho fundamental de petición en el sector salud?

Respuesta correcta: b) Superintendencia Nacional de Salud

Pregunta 15. Desde su experiencia en la institución, ¿cuáles considera que son las principales fortalezas en el proceso de recepción, gestión y respuesta a las PQRSDF?

Pregunta abierta

Pregunta 16. En su opinión, ¿qué debilidades o brechas existen actualmente en el trámite y gestión de las PQRSDF que podrían afectar la satisfacción del usuario o la transparencia institucional?

Pregunta abierta

Pregunta 17. ¿Teniendo en cuenta su rol actual en el proceso, qué acciones o estrategias de mejora propondría para fortalecer la capacidad institucional en la gestión efectiva de PQRSDF?

Pregunta abierta

Realizando el análisis respectivo a cada una de las respuestas obtenidas de Diez (10) responsables de proceso a las diecisiete (17) preguntas planteadas en la encuesta una vez tabulada y calificada se obtuvieron los siguientes resultados:

4.4. Tabulación de las respuestas

A continuación se relacionan las respuestas entregadas por cada uno de los procesos a las preguntas:

No.	PREGUNTA	% De Asertividad En General
1.	¿Quién es el responsable de dar trámite interno a las PQRSDF en el Hospital Universitario de La Samaritana?	(100)%
2.	¿Si una entidad recibe una petición que no es de su competencia, en qué plazo debe informar al ciudadano o trasladar la solicitud a la entidad correspondiente?	(80)%
3.	Indique cuáles son los procedimientos y documentos vigentes relacionados con PQRSDF que se encuentran publicados actualmente en el aplicativo Institucional	(50)%

No.	PREGUNTA	% De Asertividad En General
	Almera.	
4.	¿Cuál es el plazo legal para responder una petición de interés general, según la Ley 1755 de 2015?	(80)%
5.	¿Cuál es el objetivo principal del seguimiento a las PQRSDf desde el Sistema de Gestión de Calidad?	(100)%
6.	¿Cuál de las siguientes opciones representa una acción correcta al recibir una denuncia anónima en el Hospital?	(100)%
7.	¿Cuál es la diferencia principal entre una queja y una denuncia en la gestión de PQRSDf?	(100)%
8.	¿Qué principio rige la atención de las PQRSDf en una entidad pública?	(90)%
9.	¿Qué ley regula el derecho de petición en Colombia?	(90)%
10.	Según las funciones definidas en la Ley 87 de 1993 y la Ley 1474 de 2011, ¿cuál es el rol principal de la Oficina de Control Interno en relación con la gestión de las PQRSDf en las entidades públicas?	(100)%
11.	¿Cuál de las siguientes opciones incluye entidades que pueden asesorar a los ciudadanos en la presentación de peticiones?	(80)%
12.	¿Qué tipo de PQRSDf hace referencia a la manifestación de insatisfacción por la atención o el servicio recibido?	(100)%
13.	¿En qué norma se establece la obligación de garantizar el acceso a la información pública?	(100)%
14.	¿Qué entidad vigila el cumplimiento del derecho fundamental de petición en el sector salud?	(100)%
15.	Desde su experiencia en la institución, ¿cuáles considera que son las principales fortalezas en el proceso de recepción, gestión y respuesta a las PQRSDf?	ABIERTA
16.	En su opinión, ¿qué debilidades o brechas existen actualmente en el trámite y gestión de las PQRSDf que podrían afectar la satisfacción del usuario o la transparencia institucional?	ABIERTA
17.	¿Teniendo en cuenta su rol actual en el proceso, qué acciones o estrategias de mejora propondría para fortalecer la capacidad institucional en la gestión efectiva de PQRSDf?	ABIERTA

Las calificaciones por proceso se distribuyen de la siguiente manera:

	PROCESOS	% Respuestas Correctas
1	Gustavo Axel Vargas Galindo - Director Científico	82%
2	Ana Carolina Serna - Coordinadora Sede UF Zipaquirá	88%
3	Nestor Andres Rodríguez Ordoñez - Gestor Asistencial Sede HR Zipaquirá	88%
4	Elizabeth Castillo Fetecua - Líder trabajo social	88%
5	Laura Camila Buitrago Bulla - Profesional SIAU	88%
6	Carlos Harvey Jaimes - Proceso Gestión Servicios Quirúrgicos	94%
7	Luis Augusto Olaya Palacios - Proceso Gestión de la Información TIC	94%
8	Nubia del Carmen Guerrero Preciado - Directora Atención al Usuario	100%
9	Doris Helena Torres Acosta - Subdirectora Enfermería	100%

10 Lyda Zoraida Rubio Martínez - Técnico Apoyo Administrativo PQRSDF

100%

Dentro de los resultados obtenidos, específicamente, se evidenció un bajo nivel de efectividad en la respuesta a la pregunta número 3, la cual evaluaba el conocimiento sobre los procedimientos y documentos vigentes publicados en el aplicativo institucional Almera:

Pregunta 3: Indique cuáles son los procedimientos y documentos vigentes relacionados con PQRSDF que se encuentran publicados actualmente en el aplicativo Institucional Almera.

El nivel de efectividad fue del 50%, ya que solo la mitad de los participantes respondió correctamente. La opción adecuada era:

c) 00UFC01-V4 *Caracterización de Atención al Usuario y su Familia*, y 02UFC06-V7 *Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (Atención al Ciudadano)*.

Este resultado evidencia la necesidad de fortalecer la divulgación y apropiación de los instrumentos institucionales que orientan la gestión de PQRSDF, como parte de una estrategia integral de mejora continua. se recomienda a la Dirección de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, como responsable del proceso, fortalecer las estrategias de socialización y divulgación de los procedimientos institucionales, a fin de mejorar su apropiación y aplicación por parte del equipo humano que gestiona y tramita las manifestaciones ciudadanas.

4.5. Debilidades y fortalezas detectadas

Como se mencionó anteriormente, se les preguntó a los líderes de procesos sobre las debilidades y fortalezas relacionadas con el ejercicio y/o actividad de auditoría, a lo cual respondieron:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con un procedimiento establecido para la gestión y resolución de las PQRSDF. Existe una estructura organizativa sólida (Dirección de Atención al Usuario, Subdirección de Defensoría y oficinas en sedes) con funciones claras. Se ha fortalecido la cultura de gestión de PQRSDF entre líderes de proceso y servicios. Se reconoce el liderazgo efectivo de la Dirección de Atención al Usuario. Compromiso institucional con la rendición de cuentas y respeto al derecho a ser escuchado. Apoyo de todas las áreas para la elaboración de respuestas y acciones de mejora. Se realiza análisis periódico de indicadores para identificar causas raíz. Identificación permanente de acciones de mejora. Las PQRSDF son vistas como fuente de información estratégica para la mejora continua. Disponibilidad de canales de recepción (presencial, telefónico, correo, página web, buzones). Uso del sistema Almera para centralizar, semaforizar y hacer seguimiento a las PQRSDF. 	<ul style="list-style-type: none"> Débil autocontrol en el análisis de indicadores. Falta de cultura en la formulación de planes de mejora por líderes y coordinadores. Insuficiencia de talento humano en algunas áreas que genera demoras. Fallas en canales de comunicación (líneas, formularios web, correos no gestionados). Limitaciones de personal dificultan respuestas oportunas. Respuestas emitidas a título personal generan percepción de falta de respaldo institucional. Falta de emisión de respuestas firmadas institucionalmente por Oficina de Atención al Usuario. Desconocimiento por parte del usuario sobre cómo y dónde presentar PQRSDF. Falta de orientación al usuario sobre solicitudes que competen a otros actores del sistema de salud. Dificultad para ubicar personal que debe

- Herramientas digitales que permiten trazabilidad de la PQRSDF desde recepción hasta respuesta.
- Funcionarios capacitados en atención al usuario con enfoque en servicio armonizado.

- responder (por sistema de turnos).
- Incumplimiento ocasional de los tiempos de respuesta por líderes de proceso.
- Riesgo de que PQRSDF no sean tramitadas por la multiplicidad de canales de recepción.
- Falta de diagnóstico institucional sobre causas de problemas en el trato al usuario.

El análisis de las fortalezas evidencia que la institución cuenta con una estructura organizativa definida, herramientas tecnológicas funcionales, canales diversos de atención y un equipo comprometido con la gestión de las PQRSDF. Además, se resalta la cultura institucional creciente frente a la atención al usuario y la identificación de oportunidades de mejora.

Sin embargo, persisten debilidades relacionadas principalmente con la falta de seguimiento efectivo a indicadores, dificultades en la formulación de planes de mejora, limitaciones en el recurso humano y la necesidad de estandarizar y respaldar institucionalmente las respuestas. También se identifican fallas en algunos canales de recepción y falta de orientación clara al usuario, lo cual impacta la percepción del servicio y la oportunidad en la atención.

En conjunto, estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la articulación entre procesos, mejorar la trazabilidad, y consolidar una cultura organizacional enfocada en la mejora continua y la experiencia del usuario.

4.6. Estrategias propuestas para optimizar la gestión institucional de las PQRSDF

- *Fortalecimiento del análisis y uso de la información:* promover el análisis de indicadores de PQRSDF, especialmente los casos críticos o recurrentes, como base para la toma de decisiones y priorización de acciones de mejora.
- *Planeación y mejora continua:* impulsar la formulación y seguimiento de planes de mejora por parte de los líderes de proceso como parte de una cultura de mejora continua.
- *Capacitación y desarrollo del talento humano:* garantizar procesos de capacitación permanente y reinducción del personal, asegurando el conocimiento de normas, procedimientos y buenas prácticas, así como la disponibilidad del recurso humano necesario.
- *Estandarización de la respuesta institucional:* unificar los formatos y lineamientos de respuesta, asegurando comunicaciones institucionales claras, empáticas y técnicamente respaldadas. Incluir asesoría jurídica en casos con posible riesgo legal.
- *Mejoras en oportunidad y trazabilidad:* realizar seguimiento a los tiempos de respuesta y consolidar los canales y sistemas de registro en una única plataforma para facilitar el control y la gestión oportuna de las PQRSDF.
- *Comunicación con el usuario:* fortalecer la información al ciudadano mediante campañas claras sobre sus derechos, los canales disponibles y los tiempos de respuesta, fomentando transparencia y confianza institucional.

Las acciones propuestas por los líderes apuntan a fortalecer la capacidad institucional en la gestión de PQRSDF mediante el análisis efectivo de indicadores, la formulación de planes de mejora y la capacitación continua del personal. Se resalta la importancia de estandarizar las respuestas institucionales, optimizar los

canales y sistemas de información, y mejorar la comunicación con los usuarios, garantizando una atención oportuna, empática y centrada en sus derechos.

5. Evaluación de respuestas entregadas del informe preliminar

Se realizó el cierre de la Auditoría a la Gestión de PQRSDf, correspondiente al periodo del 1 de noviembre de 2024 al 31 de mayo de 2025, en la sede Bogotá y las sedes ubicadas en Zipaquirá, mediante el envío de correo electrónico y oficio con consecutivo CI2025500001185, fechado el 24 de junio de 2025. En dicho comunicado se compartió el contenido del informe preliminar de la auditoría mencionada, así como la invitación a la reunión remota programada para el día viernes 27 de junio de 2025, a través del siguiente enlace: <https://meet.google.com/itp-bqvs-ahf>.

Adicionalmente, se solicitó a los responsables del proceso el envío de comentarios o soportes relacionados con el informe preliminar, a más tardar el día jueves 3 de julio de 2025, con el fin de ser evaluados y discutidos. Como resultado, se recibieron cuatro respuestas:

- Por parte de la Doctora Nubia del Carmen Guerrero Preciado, directora del proceso de Atención al Usuario, sede Bogotá (HUS).
- Por parte de la Profesional Elizabeth Castillo Fetecua, coordinadora de Trabajo Social y Atención al Usuario del Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) - Viviana Parra Rodríguez, Profesional de defensoría del usuario (HRZ).
- Por la Doctora Ana Carolina Serna Rubio, coordinadora general de la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ).
- Y por parte de la Doctora Doris Helena Torres Acosta, subdirectora de enfermería

Tras la evaluación de los documentos recibidos, se confirmó su recepción oportuna y se analizó la pertinencia de la información aportada para modificar, aclarar o ratificar los hallazgos inicialmente planteados en el informe preliminar.

5.1 Respuesta entregada por la dirección de atención al usuario - HUS

En respuesta al informe preliminar de auditoría, la Dirección de Atención al Usuario de la sede Bogotá allegó observaciones, aclaraciones y documentos orientados a sustentar la revisión de algunos hallazgos y recomendaciones inicialmente planteados. A continuación, se relaciona lo informado por el proceso auditado:

5.1.1. Respecto a indicadores del proceso auditado

En relación con la recomendación general formulada en el informe preliminar respecto a la ausencia de análisis en múltiples indicadores del proceso, la Dirección de Atención al Usuario presentó documentación relacionada con algunos de ellos, los cuales se detallan a continuación:

Respecto a 1.9.3. Porcentaje de PQRSDf con respuesta en términos de ley (15 días hábiles)

Se informó que se realizó el análisis correspondiente al IV trimestre de 2024 y al I trimestre de 2025. Esta información fue allegada como respuesta al informe preliminar.

Respecto a 1.9.4. Porcentaje de solicitudes de información con respuesta en términos de ley (10 días hábiles)

Según lo reportado por la Dirección de Atención al usuario, el 17 de marzo de 2025 se solicitó el ajuste del indicador para adoptar una periodicidad trimestral. Aunque en el sistema Almera no se visualizan los análisis anteriores. Como medida correctiva se realizó el análisis del indicador en el IV trimestre 2024 y I trimestre 2025

Respecto a 1.9.5. Proporción de quejas y reclamos radicados en la institución

Se indicó que, si bien en el informe de control interno de diciembre de 2024 ya se evidenciaba análisis hasta junio de dicho año, en el informe preliminar actual se hacía referencia a información desactualizada con corte a junio de 2023. Como medida correctiva, se realizó el análisis correspondiente al IV trimestre de 2024 y al I trimestre de 2025.

Respecto a 1.9.7. Porcentaje de PQRSDf identificadas con respuestas internas inadecuadas

Se reportó que se solicitó el ajuste de la periodicidad del indicador para que el análisis fuera trimestral. En consecuencia, se actualizaron los análisis correspondientes al IV trimestre de 2024 y al I trimestre de 2025.

Respecto a 1.9.30. Proporción de efectividad de las respuestas de PQRSDf

Se informó que se realizó el análisis del indicador correspondiente al IV trimestre de 2024 y al I trimestre de 2025.

Análisis de Auditoría: Tras la emisión del informe preliminar, el proceso auditado presentó información adicional relacionada con algunos de los indicadores observados, lo cual representa un avance frente a las condiciones inicialmente identificadas.

Sin embargo, al cierre de la auditoría, aún persisten indicadores sin análisis vigente, lo que limita la valoración integral del proceso. De los treinta (30) indicadores verificados, doce (12) continúan sin análisis actualizado, entre ellos los identificados con los códigos: 2229, 2296, 2298, 2299, 2301, 2302, 2309, 2312, 2314, 2317, 2318 y 2321.

Por tanto, se mantiene la recomendación formulada, orientada a asegurar el análisis oportuno de los indicadores conforme a su frecuencia definida, como herramienta clave para el seguimiento institucional y la toma de decisiones.

5.1.2. Respecto a seguimiento a formulario de PQRSDf – Paciente y su Familia

En relación con el hallazgo identificado en el informe preliminar, donde se evidenció un dato duplicado (consecutivo 202518104) en el reporte de seguimiento a PQRSDf del Hospital Regional de Zipaquirá, la Dirección de atención al usuario informó que el 22 de mayo de 2025 se realizó una revisión en el sistema Almera, confirmando la existencia de dos peticiones registradas con el mismo consecutivo.

Ante esta situación, se solicitó al líder de atención al usuario del Hospital Regional de Zipaquirá verificar si el hallazgo había sido notificado al área de Planeación. El 26 de mayo de 2025 se recibió respuesta por parte de la coordinadora Elizabeth Castillo, quien indicó que el hecho fue informado a dicha oficina el 20 de mayo de 2025, y que la oficina de planeación evidenció un ajuste relacionado con la PQR 202518121.

Asimismo, se señaló que lo ocurrido posiblemente obedeció a un error por desconocimiento del sistema. No obstante, ambas PQR ya fueron respondidas dentro de los tiempos establecidos, sin afectación en la oportunidad de la respuesta a los peticionarios.

En este sentido, se considera que el aspecto fue aclarado, y si bien no se formula una recomendación específica, se sugiere al proceso auditado revisar sus mecanismos de registro y control para evitar situaciones similares en el futuro.

Respecto al ítem 2.3.2. Oportunidad de respuesta de PQRSDf dentro de plazos de ley

En respuesta al análisis contenido en el informe preliminar, la Dirección de Atención al Usuario de la sede Bogotá revisó los casos inicialmente señalados como posibles incumplimientos en los tiempos de respuesta establecidos por la Ley 1755 de 2015. En su comunicación, se indicó que las diferencias identificadas obedecen a particularidades del sistema Almera, como la reapertura de solicitudes o la emisión de respuestas parciales.

Entre los aspectos técnicos mencionados por el proceso auditado se destacan:

- Cuando una PQRSDf se reabre, el sistema Almera continúa sumando el tiempo total desde la fecha inicial de radicación, sin reconocer la reapertura como un nuevo conteo, lo que puede reflejar un mayor número de días de atención, aunque en la práctica la solicitud haya sido atendida oportunamente.
- De igual forma, en los casos en que se emite una respuesta parcial, el sistema continúa sumando el tiempo hasta la emisión de la respuesta definitiva, sin detener el conteo tras la primera comunicación con el peticionario.
- La trazabilidad completa de estos eventos se encuentra disponible en el módulo de transición del sistema Almera, el cual fue revisado directamente por el equipo auditor.

Tras la verificación realizada, se constató que las PQRSDf señaladas como fuera de plazo en el informe preliminar sí fueron respondidas dentro de los términos legales establecidos, una vez consideradas las particularidades del sistema y las evidencias presentadas.

En consecuencia, el capítulo 2.3.2 del presente informe final fue modificado, eliminando la referencia a presuntos incumplimientos en los plazos de ley, por cuanto dicha situación quedó aclarada y sin hallazgo vigente.

Respecto al ítem 2.3.5. Planes de mejoramiento derivados de PQRSDf

En respuesta al contenido del informe preliminar, la Dirección de Atención al Usuario informó lo siguiente:

- El plan con ID 2641 no ha sido cerrado debido a que se encuentra pendiente la formulación de los indicadores de gestión de PQRSDf para las sedes UFZ y HRZ. La Dirección ha realizado revisiones y devoluciones reiteradas a las áreas de planeación respectivas, con el fin de garantizar la adecuada construcción de las fichas técnicas y parámetros de los indicadores, en concordancia con los datos históricos disponibles.
- En cuanto al ID 3052, se explicó que las acciones pendientes correspondían a la Subdirección de Urgencias, quien notificó no haber logrado su ejecución durante 2024 debido a la alta carga operativa del servicio. Como acción correctiva, se formuló un nuevo plan de mejora (ID 3267) con un avance actual del 20%.
- Respecto al ID 3270, se indicó que ha sido rechazado en varias ocasiones, ya que la causa que le dio origen ya cuenta con un plan formulado y aprobado (ID 3240) en el proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios, con un avance del 33,13%. Se ha solicitado formalmente a la Oficina de Planeación su retiro del sistema, trámite que continúa pendiente.

Análisis de Auditoría: Las respuestas entregadas por el proceso auditado permiten ampliar el contexto de los hallazgos señalados inicialmente y evidencian acciones orientadas a corregir o subsanar las situaciones descritas. No obstante, al momento del cierre de la auditoría, persisten aspectos por resolver, como el cierre formal de planes anteriores, el cargue completo de indicadores pendientes, así como la depuración de planes duplicados en el sistema.

Por tanto, se mantiene la recomendación formulada en el informe preliminar, enfocada en fortalecer el seguimiento, actualización y ejecución oportuna de los planes de mejoramiento derivados de PQRSDf.

5.1.3. Respecto a las Recomendaciones 2025

Observación a Recomendación 1:

Frente a la recomendación vigente número 1 del 2025, formulada en el informe preliminar, y relacionada con la ausencia de una política institucional formalmente adoptada para la gestión de PQRSDf, la Dirección de Atención al Usuario manifestó que el proceso cuenta actualmente con un procedimiento institucional

actualizado, un mapa de riesgos con controles definidos, plan de acción de riesgos, y que además se realiza seguimiento desde la política de servicio al ciudadano (con autodiagnóstico actualizado) y desde el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). Lo anterior ha permitido, según lo indicado, garantizar la estandarización, el control y la mejora continua del proceso. Adicionalmente, se resaltaron altos niveles de satisfacción del usuario en los últimos años (superiores al 97%), sin desconocer que persisten inconformidades que se gestionan en el día a día como oportunidades de mejora.

No obstante, aunque se reconoce la existencia de estos instrumentos y acciones, se evidenció que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no dispone de una política institucional específica y formalmente adoptada mediante acto administrativo que articule de manera integral la gestión de las PQRSDF.

Por tanto, la recomendación se mantiene vigente, dado que la formulación y adopción de dicha política continúa siendo una oportunidad para fortalecer su sostenibilidad, control, trazabilidad y mejora continua, en concordancia con los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el marco normativo aplicable.

Respecto a la recomendación 3

En el informe preliminar se formuló una recomendación debido a que, de los treinta (30) indicadores seleccionados para revisión dentro del proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad registrados en el sistema Almera, dieciocho (18) no contaban con análisis actualizado, a pesar de que su frecuencia de reporte es trimestral. Estos indicadores fueron priorizados para la auditoría por su relación directa con la gestión de PQRSDF y su impacto en el monitoreo del proceso.

En respuesta, la directora del proceso indicó que varios de los indicadores sí contaban con análisis con corte al III trimestre de 2024, pero que no se visualizaban en Almera debido a ajustes recientes en la configuración de la periodicidad, pasando de mensual a trimestral. Este cambio, según lo informado, generó la pérdida de visualización en el sistema de algunos análisis ya efectuados. Adicionalmente, señaló que durante auditorías previas se evidenció el cumplimiento de dicha actividad. Tras la verificación posterior al informe preliminar, se reconoce que algunos indicadores fueron actualizados. Sin embargo, al cierre de la auditoría aún se identifican doce (12) indicadores sin análisis vigente registrado en Almera, específicamente aquellos con los códigos: 2229, 2296, 2298, 2299, 2301, 2302, 2309, 2312, 2314, 2317, 2318 y 2321.

En este sentido, aunque se reconoce el avance y la existencia de análisis previos fuera del sistema, se mantiene la necesidad de garantizar el cargue oportuno y completo del análisis de los indicadores en Almera, como herramienta oficial para el monitoreo y evaluación del desempeño institucional.

Por tanto, la recomendación formulada continúa vigente, reforzando el llamado a registrar de manera permanente el análisis de estos indicadores conforme a la frecuencia definida, con el fin de fortalecer la trazabilidad de la información, facilitar la toma de decisiones basada en evidencia y contribuir al mejoramiento continuo del proceso.

Respecto a la recomendación 4

En el informe preliminar se formuló una recomendación relacionada con el resultado del indicador Proporción de quejas y reclamos del proceso de atención ambulatoria (código 2297), el cual alcanzó un valor de 21,9% para el primer trimestre de 2025. Inicialmente, se interpretó este resultado como un posible indicio de afectación en la calidad percibida del servicio, asociado a la transición en los canales de agendamiento mediante inteligencia artificial.

En la respuesta entregada por la Directora del proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, se aclaró que dicho valor se encuentra dentro del comportamiento esperado, teniendo en cuenta que el indicador es de tendencia decreciente y debe evaluarse conforme a metas y límites establecidos en el sistema Almera. Asimismo, se indicó que no representa una desviación frente a su meta (50,0%) y que cuenta con análisis vigente en la plataforma institucional.

Sin embargo, el análisis registrado en Almera evidencia que, en comparación con el mismo trimestre del año anterior, se presentó un aumento en las quejas y reclamos hacia Consulta Externa (de 30 a 39 registros), particularmente asociadas a dificultades en la comunicación telefónica para la asignación de citas. Este incremento se relaciona con cambios recientes en la operación de la central de citas, incluyendo la reducción del número de operadores y la transición hacia un sistema automatizado basado en inteligencia artificial. A ello se suma la alta demanda en ciertas especialidades médicas y la reubicación de usuarios de EPS con red limitada, lo cual ha generado represamientos en la atención.

Adicionalmente, el proceso auditado informó que, como medida preventiva, el 5 de mayo de 2025 se solicitó la formulación de un plan de mejora a la subdirección de consulta externa, con el fin de atender los reclamos relacionados con la asignación de citas. Esta actuación demuestra proactividad en la gestión del riesgo, aunque las causas estructurales que originan la inconformidad aún se mantienen.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera pertinente mantener la recomendación en el informe final, dado que el resultado de 21,9% continúa representando una proporción significativa de quejas y reclamos frente a la meta establecida, y se han identificado factores institucionales que requieren seguimiento. Se sugiere continuar con el fortalecimiento de los canales de atención al usuario y la orientación efectiva durante la solicitud de citas, como parte de las acciones de mejora continua.

Respecto a la recomendación 5

En el informe preliminar se formuló una recomendación debido a que el indicador de proporción de quejas y reclamos en el servicio de Ortopedia (código 2313) alcanzó un valor del 14,1% durante el primer trimestre de 2025, superando la meta institucional establecida en 5,0%. Las inconformidades estaban principalmente relacionadas con demoras en la programación de cirugías ambulatorias, debido a la priorización de pacientes hospitalizados y de urgencias.

En respuesta, la Directora del proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad informó que esta situación fue identificada de manera transversal, no solo en ortopedia, sino también en otros servicios quirúrgicos. Como acción correctiva, el 30 de abril de 2025 se solicitó desde la Dirección de Atención al Usuario a la Dirección Científica la formulación de un plan de mejora, orientado a intervenir la causa raíz y mitigar la insatisfacción de los usuarios frente a los tiempos de programación quirúrgica.

La respuesta evidencia que el proceso auditado reconoció la situación e inició acciones correctivas, por lo que se valora positivamente la gestión proactiva de mejora. No obstante, al momento del cierre de la auditoría, el indicador aún se encontraba en incumplimiento y el plan de mejora solicitado estaba en fase inicial. Por tanto, se considera pertinente mantener la recomendación, con énfasis en el seguimiento a las acciones implementadas, especialmente en lo relacionado con la gestión de la demanda quirúrgica ambulatoria en ortopedia, la priorización clínica y la mejora de la comunicación con el usuario.

Respecto a la recomendación 6

En el informe preliminar se formuló una recomendación debido a que se evidenció que 36 Peticiones y 3 Felicitaciones, registradas entre noviembre de 2024 y mayo de 2025, no contaban con un servicio asociado al

momento de su radicación por parte del usuario en el formulario de PQRSDf disponible en la página web institucional Paciente y su familia. Esta condición ocasiona que, al ser trasladadas al sistema Almera, las solicitudes se clasifiquen bajo las opciones “Otro” o “En blanco”, lo que afecta la trazabilidad por servicio e impide su análisis detallado según el área prestadora. Incluso, durante la verificación en el aplicativo, se identificó que al menos una solicitud (Petición No. 202416542) permanecía sin servicio clasificado en el sistema.

Frente a ello, la Directora de Atención al Usuario, Familia y Comunidad explicó que el campo “servicio involucrado” del formulario web no es obligatorio, debido a que su diligenciamiento puede ser inexacto por parte del usuario externo. Por ejemplo, un paciente atendido inicialmente en urgencias podría registrar erróneamente el servicio como ortopedia, sin saber con certeza a cuál unidad pertenece. En este sentido, se precisó que el procedimiento institucional 02UFC06-V7 contempla una etapa específica para que los colaboradores de la Subdirección de la Defensoría del Usuario (SDU) previa validación del subdirector o su delegado, realicen el ajuste interno del servicio en el aplicativo Almera, registrándolo en la casilla “CG” correspondiente al servicio efectivamente prestado. Esta práctica fue evidenciada y verificada durante la reunión virtual sostenida con la Oficina de Control Interno.

Además, como medida preventiva, el proceso auditado informó que ya fue solicitada formalmente a la Oficina de Planeación la eliminación del campo “servicio involucrado” del formulario web de PQRSDf Paciente y su Familia, con el propósito de evitar inconsistencias desde el origen y garantizar una mayor estandarización del dato. Dado lo anterior, y considerando que:

- Se cuenta con un procedimiento formal que contempla la validación y ajuste interno del servicio
- El registro en la casilla “CG” garantiza la trazabilidad del servicio real
- Se ha tomado acción correctiva solicitando el retiro del campo en el formulario institucional

Se considera atendida la observación y no se mantiene la recomendación en el informe final de auditoría. No obstante, se sugiere dar seguimiento a la solicitud de modificación del formulario ante la Oficina de Planeación, con el fin de verificar su implementación y cierre efectivo.

Respecto a la recomendación 7

En el informe preliminar se formuló una recomendación orientada a fortalecer la calidad del registro de información en el sistema Almera, con dos objetivos principales: por un lado, implementar el registro de la causa en las Peticiones, Sugerencias y Felicitaciones (PSF), de acuerdo con lo establecido en el procedimiento institucional vigente; y por otro, actualizar el listado de causas disponibles en Almera para las Quejas, Denuncias y Reclamos, incorporando categorías como dificultades en facturación, procesos administrativos o fallas en el flujo operativo, con el fin de mejorar la caracterización y análisis de estas manifestaciones.

En su respuesta, la Dirección del proceso auditado confirmó que las PSF registradas entre noviembre de 2024 y mayo de 2025 no cuentan con causa asignada, clasificándose como “otro” o “en blanco”, y argumentó que el sistema no permite dicha clasificación al momento del registro, ya que estas manifestaciones no son consideradas inconformidades. También se explicó que la funcionalidad de asignar causas aplica únicamente para quejas, reclamos y denuncias, y que la gestión de las PSF no exige el registro de causas, dado que su naturaleza es informativa o positiva.

Sin embargo, tal como se sustentó en la recomendación inicial, el registro de causa en las PSF no solo es viable técnicamente (puede realizarse posteriormente en el análisis del responsable del proceso, según el procedimiento 02UFC06-V7), sino que representa una práctica útil para identificar oportunidades de mejora, reconocer buenas prácticas en el caso de las felicitaciones, y fortalecer los insumos disponibles para la toma

de decisiones institucionales. Incluso otras instituciones públicas hospitalarias, como el Hospital Universitario Erasmo Meoz, han adoptado esta medida como parte del enfoque de mejora continua. Adicionalmente, los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) promueven el uso de herramientas como el análisis de causas, incluso para manifestaciones no necesariamente negativas, a fin de lograr una gestión pública más efectiva, transparente y orientada al ciudadano.

Por otra parte, la recomendación también incluyó la actualización del listado de causas en Almera para las Quejas, Denuncias y Reclamos, dado que actualmente no se incluyen categorías clave como fallas en facturación o reprocesos administrativos, que sí fueron evidenciadas durante la auditoría. Esta actualización contribuiría a una mejor clasificación y análisis de causas frecuentes, permitiendo una respuesta más precisa y enfocada a los problemas que afectan directamente la experiencia del usuario y el funcionamiento institucional.

En conclusión, si bien el sistema actualmente no exige ni habilita el registro automático de causas para las PSF en el momento de su radicación, sí existen fundamentos normativos, técnicos e institucionales para mantener la recomendación. Esto, en tanto se enmarca dentro de buenas prácticas de gestión, mejora el valor estratégico de la información y promueve decisiones basadas en evidencia.

Por lo tanto, se sugiere mantener la recomendación formulada y realizar su seguimiento en futuras auditorías.

Respecto a la recomendación 8

En el informe preliminar se formuló una recomendación orientada a fortalecer la atención humanizada y centrada en el usuario, en respuesta a los hallazgos identificados en las tres sedes auditadas, donde se evidenciaron manifestaciones ciudadanas relacionadas con el trato inadecuado del personal asistencial, especialmente en lo referente a la calidez, empatía y trato digno hacia los usuarios.

La recomendación incluía medidas tanto correctivas como preventivas, tales como:

- Implementación de estrategias de formación continua en atención humanizada.
- Inclusión de criterios de evaluación de competencias blandas en los procesos de selección del personal por parte de las empresas temporales.
- Monitoreo mensual de las PQRSDf asociadas al personal en misión y toma de decisiones contractuales cuando los comportamientos sean reiterativos o graves.
- Análisis institucional de factores que puedan estar afectando el comportamiento del personal asistencial, tales como condiciones de infraestructura, carga laboral, dotación o ambiente laboral.

En su respuesta, la Directora del proceso informó que, teniendo en cuenta el número de PQRSDf recibidas en 2024 por trato inadecuado por parte del personal de enfermería, se solicitó a la Subdirección de Enfermería la formulación de un plan de mejora, el cual fue devuelto con observaciones el 26 de marzo de 2025, incluyendo una solicitud expresa de tomar acciones frente a personal reincidente mediante notificación a las empresas temporales o a la unidad disciplinaria, según corresponda.

Si bien esta actuación representa un avance frente al componente correctivo de la recomendación, no se evidenció que la entidad haya abordado de manera integral todos los aspectos sugeridos, en especial:

- La incorporación de criterios de competencias blandas en los contratos con empresas temporales.
- La implementación de estrategias sistemáticas de formación en atención humanizada dirigidas a todo el equipo asistencial.
- La revisión de causas estructurales que podrían estar influyendo en los comportamientos del personal, como el confort en el ambiente laboral o las condiciones operativas.

En conclusión, si bien la respuesta institucional muestra avances, la medida adoptada hasta la fecha no abarca la totalidad de la recomendación, la cual plantea una estrategia más estructural y preventiva.

Por tanto, se sugiere mantener la recomendación en el informe final, con el objetivo de que se continúe avanzando en la construcción de una cultura de atención centrada en el usuario, articulando acciones desde la formación, el talento humano, la supervisión contractual y el mejoramiento del entorno laboral.

Respecto a la recomendación 9

En el informe preliminar se formuló una recomendación orientada a revisar y optimizar los procesos de asignación de citas médicas y de funcionamiento de los canales de contacto institucionales (Call Center, página web, WhatsApp), tras evidenciarse manifestaciones ciudadanas relacionadas con demoras en la atención, fallas en la disponibilidad de agendas y dificultades tecnológicas que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud en las sedes Bogotá, regional y funcional.

La Directora del proceso informó que el 5 de mayo de 2025 se solicitó a la subdirección de consulta externa la formulación de un plan de mejora, en razón a la persistencia de quejas relacionadas con la herramienta de WhatsApp, particularmente por el error del sistema que indica que el usuario "no existe", y que posteriormente remite a un número telefónico que no entra llamada, generando con ello una barrera de acceso real al servicio. Aunque esta actuación institucional representa un avance frente al reconocimiento del problema y la intención de abordarlo, la problemática identificada aún persiste y no se evidencian acciones correctivas implementadas o en curso, ni resultados que evidencien una mejora sustancial en los canales de contacto ni en la disponibilidad de citas. Además, la propia respuesta de la Directora ratifica la existencia de barreras de acceso vigentes, al calificar la situación como un punto crítico que aún está en construcción, lo cual refuerza la pertinencia de la recomendación formulada.

Se recomienda mantener la recomendación en el informe final, dado que la situación persiste al cierre de la auditoría, aún no se implementan soluciones concretas o sostenidas para corregir las fallas en los canales institucionales y el problema afecta directamente el principio de acceso efectivo a los servicios de salud.

Respecto a la recomendación 10

En el informe preliminar se formuló una recomendación orientada a fortalecer el registro, seguimiento y ejecución de los planes de mejoramiento derivados de PQRSDF en el sistema Almera, luego de evidenciarse que, si bien algunos planes mostraban avances; como el plan 2641 y el plan 3221, otros presentaban rezagos en su ejecución como los planes 3052 y 3267, y uno de ellos; el plan 3270 no contaba con acciones cargadas, a pesar de que su causa ya había sido abordada mediante el plan 3240, el cual se encuentra visible en el sistema bajo el proceso de gestión de servicios hospitalarios. Esta situación evidenció la necesidad de actualizar la trazabilidad en la plataforma, evitando duplicidades que puedan generar confusión en el seguimiento institucional.

En respuesta, la directora del proceso manifestó que desde la dirección se ha realizado seguimiento continuo a los planes del proceso. Preciso que el plan 3270 ha sido rechazado varias veces, dado que su causa ya fue intervenida mediante el plan 3240, y que no se ha retirado del sistema. Respecto al plan 2641, indicó que su cierre no se ha dado debido a la falta de definición de los indicadores de gestión de PQRSDF para las sedes UFZ y HRZ; no obstante, durante la fase de cierre de la auditoría se validó que el plan ya alcanzó el 100% de avance, lo cual indica cumplimiento total de las acciones formuladas, por lo que dicha observación se considera superada.

Adicionalmente, la directora resaltó la importancia de continuar promoviendo la cultura de formulación y seguimiento de planes de mejora dentro de la institución. Sin embargo, aclaró que la implementación final de estos planes depende en gran parte de la voluntad y compromiso de los líderes de proceso.

Aunque se evidencian esfuerzos desde la dirección del proceso auditado por dar respuesta a las observaciones, persisten situaciones que requieren mejora, como la no actualización oportuna del sistema Almera para el retiro de planes que ya no corresponden, como el caso del plan 3270, y el avance limitado de los planes 3052 y 3267. Por su parte, se reconoce que el plan 2641 logró completar sus acciones al cierre de la auditoría, por lo que se considera cumplido.

En consecuencia, se mantiene la recomendación para los planes con rezago, con el fin de asegurar la trazabilidad, evitar duplicidades y garantizar el avance efectivo de las acciones correctivas derivadas de las PQRSDf en el sistema institucional.

5.1.4. Respecto a las Recomendaciones 2024

Observación a Recomendación 1:

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024 se formuló una recomendación orientada a establecer un indicador general de PQRSDf que permitiera visualizar de manera consolidada el comportamiento (incremento o disminución) de estas solicitudes entre distintos periodos. Esta necesidad se fundamentó en la importancia de contar con herramientas que permitan identificar tendencias institucionales, facilitar la toma de decisiones y orientar acciones de mejora continua en la atención al usuario.

En su respuesta, la Directora del proceso de atención al usuario del HUS manifestó que, aunque no se cuenta con un indicador específico de cobertura general de PQRSDf, trimestralmente se registra el dato total de PQRSDf (código 127) por sede, el cual permite observar el comportamiento a lo largo del tiempo mediante gráficos generados en el sistema Almera. Además, se argumentó que esta información ha sido suficiente para el análisis de tendencias y áreas críticas, dado que también se cuenta con múltiples indicadores de gestión específicos en el sistema (32 en total, según lo reportado). De igual forma, se señaló que el hospital dispone de un número amplio de indicadores institucionales (más de 1.000), por lo que no se considera fundamental implementar un indicador adicional de cobertura. Finalmente, se informó la reciente creación del dato de número total de felicitaciones y peticiones trimestrales, el cual se empieza a diligenciar a partir del tercer trimestre de 2025, como insumo para los líderes de proceso.

Si bien la Directora del proceso de atención al usuario del HUS ha argumentado que se realiza un seguimiento periódico del total de PQRSDf por sede y que existen múltiples indicadores específicos que permiten analizar la gestión del proceso, no se evidencia la existencia de un indicador consolidado, formulado y aprobado como tal, que permita visualizar la evolución global del comportamiento de las PQRSDf a nivel institucional, conforme a los principios del Modelo Estándar de Control Interno (MECI). El uso de datos desagregados o variables auxiliares, si bien aporta al análisis operativo, no supe totalmente la función de un indicador trazable y formal, que permita integrar la información para la gestión estratégica.

En consecuencia, se considera que la recomendación se mantiene parcialmente, y se reitera la importancia de avanzar en la formulación de un indicador global de comportamiento de PQRSDf, que contribuya a consolidar la información existente, facilite el análisis comparativo entre periodos y complemente los actuales mecanismos de seguimiento y mejora.

Observación a Recomendación 2:

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024, se formuló una recomendación técnica relacionada con la exportación de reportes del módulo PQRSDf en el sistema Almera, luego de identificarse que, al generar un archivo Excel desde el usuario cinterno.lider, los datos aparecían duplicados, triplicados e incluso quintuplicados, lo cual dificultaba el análisis confiable de la información y podía afectar la trazabilidad de la gestión del proceso.

En su respuesta, la Directora del proceso de atención al usuario del HUS indicó que la situación reportada pudo haber obedecido a errores puntuales del sistema o en la configuración del reporte, aunque no se confirmó si dichos errores fueron revisados y corregidos por el administrador del sistema. Asimismo, se aclaró que cada PQRSDf cuenta con un código o consecutivo único, lo cual impide su duplicación en el sistema desde el punto de vista técnico y estadístico. Finalmente, se señaló que la gestión del proceso se encuentra debidamente respaldada por los procedimientos institucionales, los formatos vigentes y los controles asociados a la gestión del riesgo.

Si bien la respuesta aclara aspectos técnicos sobre la identificación individual de los registros y resalta la existencia de controles para la gestión del proceso, no se evidencia una verificación formal del administrador del sistema respecto al funcionamiento del reporte exportado ni su posible reconfiguración, tal como fue recomendado. En ese sentido, se considera que la condición se mantiene parcialmente, y se reitera la necesidad de validar la funcionalidad del sistema de exportación para evitar distorsiones en los análisis institucionales, garantizando así la confiabilidad de la información reportada desde Almera.

Observación a Recomendación 3:

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024 se formuló una recomendación orientada a fortalecer el análisis de las causas subyacentes de las PQRSDf, mediante la implementación de un sistema de codificación que evite la desagregación excesiva, facilite la identificación de causas de mayor impacto y permita una mejor toma de decisiones institucionales.

En su respuesta, la Dirección del proceso de Atención al Usuario indicó que sí existe una codificación interna de las causas, incluida en el formato 05UFC53-V1 Seguimiento, Monitoreo y Control a la Gestión de las PQRSDf, con su primera versión en abril de 2024, y sucesivas actualizaciones en septiembre de 2024 (53 causas) y junio de 2025 (34 causas), tras revisión con el equipo de colaboradores de la SDU, lo cual se encuentra soportado en acta. Se resaltó que esta codificación permite identificar con claridad las causas de mayor impacto, y que su análisis se presenta regularmente en los informes trimestrales dirigidos a los macro comités y a la Junta Directiva. Adicionalmente, se argumentó que esta estructura contribuye al control del proceso, a la mejora continua y a la mitigación de riesgos institucionales.

La respuesta evidencia que el proceso auditado ha implementado un sistema de codificación y ha realizado actualizaciones periódicas, integrando criterios históricos y técnicos para mejorar el análisis de las causas subyacentes.

Por tanto, se considera que la recomendación ha sido atendida de manera satisfactoria, en la medida en que la codificación permite organizar la información, identificar tendencias relevantes y apoyar la toma de decisiones. Se sugiere continuar con la revisión periódica de esta estructura, garantizando que las causas se mantengan agrupadas de manera funcional, sin caer nuevamente en una desagregación excesiva que limite el análisis estratégico.

Observación a Recomendación 4:

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024 se formuló una recomendación orientada a implementar un sistema de clasificación de las PQRSDf que permitiera identificar aquellas relacionadas con conductas que transgreden el Código de Ética del hospital. Esta acción buscaba facilitar la adopción de medidas correctivas y preventivas oportunas, y fortalecer la promoción de un entorno institucional ético y confiable para los usuarios.

En su respuesta, la Dirección del proceso auditado manifestó que no se cuenta con una clasificación específica de PQRSDf basada en el Código de Ética, y consideró que su implementación sería compleja y desgastante. Señaló que actualmente las PQRSDf se clasifican conforme a la vulneración de derechos y deberes del usuario, y que los casos pertinentes son socializados ante el Comité de Ética Institucional. Además, se indicó que no existe norma legal que obligue a establecer dicha clasificación, ya que el marco normativo vigente regula el derecho de petición y la gestión de las PQRSDf en general, sin conexión directa con el Código de Ética.

Aunque el proceso realiza acciones orientadas a la identificación de situaciones sensibles desde la perspectiva de los derechos del usuario y mantiene espacios como el Comité de Ética, no se ha implementado un mecanismo sistemático que permita clasificar de forma diferenciada las PQRSDf relacionadas con presuntas infracciones éticas. Esta limitación puede dificultar el análisis agregado de este tipo de situaciones, su seguimiento institucional y la adopción de acciones preventivas. Si bien no existe un mandato legal específico que exija esta clasificación, se considera que la recomendación sigue siendo válida como una buena práctica para fortalecer el enfoque preventivo, la transparencia y el compromiso ético en la gestión de la atención al usuario. Por tanto, la recomendación se mantiene.

Observación a Recomendación 5:

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024 se formuló una recomendación orientada a fortalecer los principios de seguridad y calidad de la información asociada a la gestión de las PQRSDf, dado que se identificaron inconsistencias en la consulta de datos y posibles riesgos relacionados con la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los mismos. Se enfatizó la importancia de contar con un marco normativo claro y medidas específicas para garantizar la protección de los datos, en línea con el MIPG y la normativa de protección de datos personales.

En su respuesta, la Dirección del proceso auditado informó que el marco normativo del proceso fue actualizado en diciembre de 2024, remitido a la Oficina Jurídica y publicado dentro del normograma institucional, accesible desde la página web del hospital. Además, se señaló que el procedimiento de gestión de PQRSDf fue ajustado en concordancia con la circular externa emitida por la Supersalud en junio de 2024.

Si bien la respuesta evidencia avances en la actualización normativa del proceso y en la alineación con disposiciones externas, no se detalla si se han implementado controles específicos orientados a garantizar la seguridad de la información, tales como políticas de acceso, mecanismos de respaldo, auditoría de trazabilidad, encriptación o validaciones internas que aseguren la calidad de los datos. En consecuencia, la recomendación se mantiene, en tanto que la simple existencia del marco normativo no garantiza por sí sola la efectividad en la protección de los datos sensibles. Se sugiere avanzar hacia la implementación de medidas técnicas y operativas que fortalezcan la gestión segura, precisa y oportuna de la información de PQRSDf.

Observación a Recomendación 6:

En el informe de auditoría se formuló una recomendación orientada a fortalecer la oportunidad en la respuesta de las PQRSDf, con base en el análisis de los porcentajes reportados en las sedes del hospital para la vigencia 2024, los cuales arrojaban un cumplimiento del 71% para Bogotá y la sede UF Zipaquirá, y del 84% para la sede HR Zipaquirá. Estos resultados evidenciaban un nivel por debajo del estándar deseado (90%), especialmente en tipologías como peticiones de documentos y quejas.

En su respuesta, la Dirección del proceso auditado indicó que los porcentajes observados corresponden a operaciones matemáticas obtenidas a partir de la base de datos extraída del sistema Almera, pero advirtió que dichos resultados pueden no reflejar la realidad, debido a que el sistema no corta los tiempos de

respuesta cuando se presentan casos de reapertura o de respuestas parciales, lo que genera un cómputo acumulado de tiempo que excede el plazo legal, sin que ello implique necesariamente un incumplimiento real. Para sustentar este argumento, se revisó una muestra de seis PQRSDF, las cuales sí fueron contestadas en términos de ley, según se constató mediante la trazabilidad del sistema y los archivos físicos disponibles. Asimismo, se señaló que el sistema Almera permite evidenciar la gestión completa de cada PQRSDF y su trazabilidad, y que, en caso de requerirse validación adicional, existen soportes físicos en la SDU.

La respuesta ofrece una explicación técnica válida sobre las distorsiones que pueden generarse en los reportes de oportunidad, particularmente en los casos con reaperturas o respuestas parciales. Si bien el hallazgo partió de información exportada desde el sistema, la evidencia presentada por el proceso sugiere que en varios casos las respuestas sí se emitieron dentro de los términos legales. No obstante, no se evidenció una estrategia general o correctiva que garantice la mejora sostenida del indicador ni la corrección del comportamiento del sistema que origina estas distorsiones. Por tanto, la recomendación se mantiene parcialmente, no por la validez del cálculo inicial, sino por la necesidad de mejorar la funcionalidad del sistema Almera en cuanto al manejo de los tiempos, así como de implementar mecanismos que permitan el seguimiento preciso del cumplimiento de los términos legales, minimizando interpretaciones erradas y fortaleciendo la oportunidad del servicio en todas las sedes.

Observación a Recomendación 7:

En el informe de auditoría se formuló una recomendación orientada a atender la alta concentración de PQRSDF en servicios críticos como Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, tanto en Bogotá como en las sedes HRZ y UFZ de Zipaquirá. Se identificaron además inconsistencias en la clasificación de PQRSDF categorías como “Otro” y “En blanco”, lo cual limita el análisis detallado y dificulta la intervención efectiva sobre las causas más frecuentes.

En su respuesta, la Dirección del proceso auditado informó sobre la formulación e implementación de múltiples planes de mejora en las tres sedes durante los años 2023 y 2024, los cuales se encuentran registrados en el sistema Almera y están orientados a mitigar las quejas recurrentes, fortalecer la calidad del servicio y mejorar la percepción institucional. Asimismo, se destacó el avance en la calidad de las respuestas por parte de los líderes, el uso adecuado de respuestas parciales conforme a la Ley 1755 de 2015, y la transformación cultural que ha favorecido la gestión efectiva de las PQRSDF.

Se reconoce un esfuerzo institucional significativo en la implementación de acciones correctivas y planes de mejora, lo cual representa una respuesta favorable a la situación observada en el informe. No obstante, la recomendación se mantiene parcialmente, en tanto no se evidencia con claridad si las inconsistencias en la clasificación de las PQRSDF “Otro” y “En blanco” han sido corregidas o si existen medidas específicas en curso para mejorar ese aspecto. Se sugiere continuar con el fortalecimiento de la clasificación y análisis de la información, con el fin de evitar distorsiones y permitir una gestión más efectiva en los servicios con mayor concentración de PQRSDF.

Observación a Recomendación 8:

En el informe de auditoría se recomendó la formulación de indicadores que permitan evaluar tanto la satisfacción del ciudadano con las respuestas emitidas por el hospital, como la efectividad de las acciones correctivas o de mejora derivadas de dichas respuestas. Esto con el fin de fortalecer el seguimiento, la mejora continua del proceso de PQRSDF y la percepción ciudadana.

En su respuesta, la Dirección del proceso informó que desde el año 2022 se encuentra implementado el indicador con código 2372 en el sistema Almera, denominado “Proporción de efectividad de las respuestas de

PQRSDF”, con periodicidad trimestral. Según lo reportado, dicho indicador no ha presentado desviaciones, lo que refleja un comportamiento estable en la gestión.

Aunque se evidencia la existencia de un indicador vinculado con la efectividad de las respuestas institucionales, no se establece con claridad si este incluye la percepción directa de los usuarios (nivel de satisfacción), ni se reporta un indicador específico que relacione la cantidad de respuestas con la ejecución de acciones correctivas o de mejora. Por tanto, la recomendación se mantiene parcialmente, sugiriendo continuar el fortalecimiento del sistema de medición, incorporando herramientas que permitan evaluar la satisfacción ciudadana y el impacto real de las respuestas emitidas.

5.2 Respuesta entregada por la Sede Regional de Zipaquirá (HRZ)

En respuesta al informe preliminar de auditoría, el Hospital Regional de Zipaquirá envió observaciones y soportes orientados a sustentar la revisión de algunos hallazgos y recomendaciones inicialmente planteados. El documento fue elaborado por la Profesional Viviana Parra Rodríguez, revisado y verificado por la Coordinadora Elizabeth Castillo Fetecua y firmado por el Gestor Asistencial Néstor Andrés Rodríguez. A continuación, se relaciona lo informado por el proceso auditado.

Respecto al caso relacionado con código duplicado 202518104 en el aplicativo Almera

En su respuesta, el Hospital Regional de Zipaquirá se refirió al hallazgo relacionado con la identificación de un código duplicado (202518104) en el aplicativo Almera, el cual ya había sido mencionado previamente por la Dirección de Atención al Usuario del HUS Bogotá. Según se indicó, la trazabilidad de la situación se inició el 20 de mayo, y fue informada oportunamente al área de planeación. Ambas peticiones vinculadas a dicho código fueron respondidas dentro del plazo legal, aclarando que se trató de un error operativo no intencional, posiblemente asociado al desconocimiento del manejo del sistema.

Como acción correctiva, se reporta que se solicitó apoyo a la Directora del proceso de Atención al Usuario del HUS Bogotá, quien facilitó una jornada de reinducción dirigida al personal de defensoría del usuario, así como al equipo de atención al usuario y trabajo social del HRZ, con el fin de reforzar los procedimientos y minimizar la ocurrencia de errores similares.

Respecto a capítulo 2.3.2. Oportunidad de respuesta de PQRSDF dentro de plazos de Ley

Una vez recibida y analizada la respuesta entregada por la Coordinadora de Trabajo Social y Atención al Usuario del Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ), en la que se relacionaron ocho (8) manifestaciones específicas identificadas en el informe preliminar como posibles casos de respuesta por fuera de los términos legales, se procedió a la verificación técnica de cada uno de los códigos en el aplicativo Almera, así como a la evaluación de las observaciones y explicaciones aportadas.

Como resultado de dicho análisis, se concluye que seis (6) de las manifestaciones indicadas sí fueron respondidas dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, considerando situaciones excepcionales como reaperturas, respuestas parciales o trazabilidad no lineal que afectaron la contabilización inicial de los días transcurridos, pero no constituyen incumplimiento. No obstante, se confirmó que dos (2) solicitudes (códigos 202517668 y 202517245) sí fueron respondidas fuera del término legal, de acuerdo con lo evidenciado en el aplicativo y sustentado por las observaciones relacionadas en la respuesta institucional. En el primer caso, se identificó una novedad en el cierre de la manifestación, y en el segundo, una falta de visibilidad en el tablero de gestión, lo que generó una omisión en la oportunidad de respuesta.

En atención a lo anterior, se dejará constancia de esta verificación en el informe final de auditoría, y se procederá a ajustar el capítulo correspondiente a la oportunidad de respuesta de PQRSDF dentro de plazos de ley, actualizando la estadística de cumplimiento para la sede regional HRZ, con base en los hallazgos consolidados tras el análisis de las observaciones recibidas.

Respecto a capítulo 2.3.5. Planes de mejoramiento derivados de PQRSDF

La coordinadora del proceso en el HRZ, se refirió al plan de mejoramiento con código 3221, el cual presentaba un avance del 10% al momento de la auditoría, con dos acciones sin iniciar, a pesar de tener como fecha límite el 31 de marzo de 2025.

En su respuesta, indicó que actualmente todas las acciones han sido ejecutadas y los soportes correspondientes ya fueron cargados en la plataforma Almera. Las demoras se atribuyen a dificultades operativas, como la falta de personal en consulta externa, fallas en el sistema, y a la alta carga de solicitudes de citas a través de múltiples canales no unificados. Asimismo, señaló que se están gestionando soluciones para mejorar el proceso de asignación de citas y ampliar la capacidad de llamadas en espera, aspectos que también habían sido mencionados previamente por la directora del proceso en la sede Bogotá.

Se reconoce el cumplimiento posterior al cierre de auditoría, se sugiere realizar seguimiento continuo a la ejecución de los planes y asegurar el registro oportuno de avances en la plataforma institucional.

5.3 Respuesta entregada por la Sede Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ)

La sede Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ), en atención al contenido del informe preliminar de auditoría, remitió observaciones puntuales frente a los hallazgos señalados, las cuales se detallan a continuación:

Denuncia anulada: Se aclaró que la denuncia reportada como anulada no fue gestionada por la UFZ, ya que la manifestación fue erróneamente direccionada a esta sede y posteriormente redireccionada al HUS Bogotá para su trámite. Por tanto, la anulación no fue ejecutada desde la UFZ, sino desde la sede responsable.

Plan de mejoramiento código 2641: Respecto al hallazgo relacionado con la ausencia de soporte en una actividad asignada a la líder SIAU de la UFZ, se informó que la situación ya fue subsanada. Este aspecto había sido previamente revisado por el equipo auditor y se confirma que, a la fecha, el soporte correspondiente se encuentra disponible en el aplicativo institucional.

Condición sobre niveles de eficiencia en respuestas: En cuanto a la observación incluida en el informe preliminar, relacionada con los distintos niveles de eficiencia en la respuesta a las PQRSDF en las tres sedes, la UFZ manifestó que durante la vigencia 2024 logró un cumplimiento del 100% en respuestas oportunas, por lo que consideraba superada dicha condición. Cabe aclarar que esta observación fue originalmente formulada como recomendación en la auditoría del año 2024, y fue retomada en el informe preliminar actual como referente de mejora continua, sin constituir un hallazgo nuevo del presente periodo.

Respuestas presuntamente inoportunas: Frente al reporte de una queja y un reclamo inicialmente señalados como fuera del plazo legal, se precisa que al momento del corte se encontraban en gestión, ya que fueron tramitados como parte de un conjunto de PQRSDF agrupadas que estaban siendo atendidas de manera colectiva. En su respuesta, la sede adjuntó archivos con el detalle de los tiempos de gestión correspondientes a las vigencias 2024 y 2025. Tras la verificación directa en el aplicativo Almera, se evidenció que ambas manifestaciones fueron gestionadas dentro de los términos establecidos por la ley. Por lo tanto, la información será actualizada en el capítulo correspondiente del informe final, ajustando el análisis de oportunidad de respuesta conforme a los resultados validados.

5.4 Respuesta de la Subdirección de Enfermería

La Doctora Doris Helena Torres Acosta, Subdirectora de Enfermería, respondió mediante correo electrónico a las recomendaciones formuladas en el informe preliminar de auditoría. En su comunicación, presentó los siguientes ajustes:

Indicador de proporción de quejas y reclamos en servicios de enfermería

Se acogió la recomendación formulada por el equipo auditor y se procedió a actualizar el análisis del indicador, extendiendo la revisión hasta el mes de marzo de 2025. Esta modificación fue verificada directamente en el aplicativo Almera, y será tomada en cuenta para el ajuste del informe final de auditoría.

Plan de mejoramiento relacionado con trato amable y calidez en enfermería:

Respecto al plan de mejoramiento inicialmente identificado con el código 3270, se aclaró que este número fue asignado por error. Posteriormente, se notificó que el ID correcto es el 3240, el cual ya presenta un avance ponderado del 33.13%. Este hallazgo había sido previamente revisado por el equipo auditor, y con la corrección del código, se da por aclarada la inconsistencia detectada.

En ambos casos, se evidencia una disposición de mejora por parte de la subdirección de enfermería, así como una respuesta oportuna y validada a las observaciones formuladas.

6. Seguimiento a las recomendaciones anteriores

La siguiente recomendación de auditoría de la vigencia anterior se retira del presente informe, toda vez que en la revisión y seguimiento realizado con corte al 31 de mayo de 2025, se evidenció que el responsable del proceso actualizó el documento, pasando de la versión 02AUF15-V2 a la versión 02UFC15-V3, con fecha de publicación 10 de marzo de 2025:

Sistema de Gestión Integral - Almera - Google Chrome
sgialmeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&opcion=ver&actual&documentoid=15292&proceso_asociar_id=6534

Documento específico

Ficha técnica

Código 02UFC15-V3

Origen Interno

Emisor Hospital Universitario de la Samaritana

Clase 02 Procedimiento

Fecha 2025-03-14

Archivos (1)
02UFC15- V3 APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS DE USUARIOS PACIENTE Y FAMILIA.doc 180.5 KB

Estado Vigente: 3.0

APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS DE USUARIOS PACIENTE Y FAMILIA

Información adicional Historial

Fecha	Hora	Usuario	Modificación	Comentarios	Adjuntos	Versión generada
» APERTURA DE BUZÓN DE PETICIONES Y SUGERENCIAS DE USUARIOS PACIENTE Y FAMILIA - Versión: 3.0 - (7 transiciones) - (Versión actual) (Visualizando ahora)						
APERTURA BUZÓN DE SUGERENCIAS - Versión: 2.0 - (0 transiciones) - (Versión obsoleta) (Versión inicial)						

Hospital Universitario de la Samaritana
Almera - Sistema de Gestión Integral
2025 - Bogotá, Colombia

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	Condición: El documento 02AUF15-V2, aprobado y publicado en la Intranet el 17 de noviembre de 2020, ha quedado desactualizado. Este documento tiene como objetivo conocer las inquietudes de los usuarios, pacientes y/o familias interpuestas a través de los buzones de sugerencias, los cuales están distribuidos en los servicios asistenciales del Hospital Universitario de la Samaritana y sus sedes: HRZ (Hospital Regional de Zipaquirá) y UFZ (Unidad Funcional de Zipaquirá). Dada la evolución de las necesidades y expectativas de los usuarios, así como los cambios en los procedimientos internos del hospital, es imperativo actualizar

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	<p>este documento para asegurar que se desarrollen las actividades necesarias para la resolución efectiva de las inquietudes presentadas.</p> <p>Criterio: Ley 87 de 993, Norma Técnica Colombiana ISO 90001 de 2015, Decreto 430 de 2016.</p> <p>Causa: El documento 02AUF15-V2 ha quedado desactualizado debido a la evolución de las necesidades y expectativas de los usuarios, y los cambios en los procedimientos internos del Hospital Universitario de la Samaritana y sus sedes (HRZ y UFZ).</p> <p>Efecto: La desactualización del documento impide que se desarrollen de manera efectiva las actividades necesarias para la resolución de las inquietudes presentadas a través de los buzones de sugerencias. Esto puede afectar la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, pacientes y/o familias.</p>

En el informe de auditoría correspondiente a la vigencia 2024, se formuló una recomendación orientada a fortalecer el análisis de las causas subyacentes de las PQRSD, mediante la implementación de un sistema de codificación que evitara la desagregación excesiva, facilitara la identificación de causas de mayor impacto y contribuyera a la toma de decisiones institucionales.

En el marco de la auditoría actual (vigencia 2025), y como parte del análisis de las respuestas entregadas al informe preliminar, la Dirección del proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad evidenció que ya se ha implementado un sistema interno de codificación de causas, a través del formato 05UFC53-V1 "Seguimiento, Monitoreo y Control a la Gestión de las PQRSD". Este instrumento fue creado en abril de 2024 y actualizado en septiembre de 2024 y junio de 2025, integrando criterios históricos y técnicos. La codificación es utilizada activamente en los informes trimestrales presentados ante los macro comités institucionales y la Junta Directiva, y permite organizar la información, identificar tendencias y orientar el control del proceso.

Con base en esta verificación, se concluye que la recomendación ha sido atendida de forma satisfactoria, por lo que se retira del informe final de auditoría. No obstante, se sugiere continuar con la revisión periódica de la estructura de codificación, garantizando su funcionalidad para el análisis estratégico y la prevención de riesgos.

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
3	<p><u>Recomendaciones vigencia 2024</u></p> <p>CONDICIÓN: Durante la revisión del Informe de Bogotá de las PQRSD del hospital, se identificaron varios tipos de PQRSD de mayor relevancia. No obstante, se observó que las causas subyacentes de estas PQRSD están excesivamente desagregadas, lo que dificulta la identificación de las causas de mayor impacto. Para mejorar el control y minimizar los riesgos, se recomienda implementar un sistema de codificación de las causas de las PQRSD en Bogotá y las sedes ubicadas en Zipaquirá. Este sistema permitirá una mejor clasificación y análisis de las causas, facilitando la identificación de patrones y tendencias que puedan ser abordadas de manera efectiva para mejorar la calidad del servicio y reducir la recurrencia de problemas.</p> <p>CRITERIO: Ley 1755 de 2015, Ley 1712 de 2014</p> <p>CAUSA: Durante la revisión de las PQRSD del hospital, se observaron que las causas subyacentes de las PQRSD más relevantes están excesivamente desagregadas, lo que dificulta su análisis y gestión.</p> <p>EFFECTO: La excesiva desagregación de las causas subyacentes de las PQRSD impide identificar con claridad las causas de mayor impacto, dificultando el control y aumentando los riesgos. Sin un sistema de codificación adecuado, se compromete la capacidad del hospital para mejorar la calidad del servicio y reducir la recurrencia de problemas.</p>

7. Verificación de existencia de litigios o procesos disciplinarios asociados a PQRSDF

Como parte del alcance de la Auditoría de Gestión de PQRSDF correspondiente a la vigencia 2025, se consideró pertinente consultar a la Oficina Asesora Jurídica y al proyecto de Control Interno Disciplinario respecto a la existencia de posibles litigios o procesos disciplinarios en curso relacionados con el incumplimiento en la respuesta o inoportunidad en la atención de PQRSDF, tanto de clientes internos como externos, en Bogotá y en las sedes ubicadas en el municipio de Zipaquirá.

Mediante oficio remitido el 25 de junio de 2025 bajo el número CI2025500001190, al doctor Edgar Humberto Rodríguez Benavides, Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y líder del proyecto de Control Interno Disciplinario, se solicitó información con corte al 31 de mayo de 2025 sobre:

- Litigios iniciados en contra de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana por ausencia de respuesta o por inoportunidad en la atención de PQRSDF.
- Procesos disciplinarios iniciados contra servidores públicos por la misma causa.

En respuesta oficial radicada bajo el número CI2025500001208, el doctor Edgar Rodríguez informó que, tras la revisión de los libros, bases de datos y documentación oficial de ambas oficinas (Jurídica y Control Interno Disciplinario), no se han identificado procesos disciplinarios ni litigios activos o en trámite relacionados con el incumplimiento en la atención de las PQRSDF, con corte al 31 de mayo de 2025.

Esta verificación documental complementa el análisis efectuado durante la auditoría y respalda que, a la fecha de corte, no se evidencia impacto jurídico o disciplinario directo derivado del manejo institucional de las PQRSDF, en el marco de la gestión evaluada.

8. Reconocimiento: a la Dirección de Atención al Usuario, Dirección Científica Y Líderes de los Procesos Asistenciales

Durante este periodo, el hospital ha demostrado con excelencia su compromiso con la atención centrada en el paciente, alcanzando una sobresaliente tasa de satisfacción global de 98,75%, superando ampliamente la meta trazada (>90%). Esta cifra refleja el impacto positivo de las estrategias implementadas en favor de la mejora continua, con enfoque en la humanización del servicio, la seguridad clínica y la calidad asistencial, aún en medio de los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud como la sobredemanda y los retrasos en los pagos por parte de las aseguradoras.

En la sede Bogotá, el logro se reafirma con una satisfacción de usuario del 98,5%, donde 399 de 407 usuarios encuestados manifestaron su conformidad con la atención recibida. Este resultado no solo supera la meta esperada (>97%), sino que también habla de la cercanía, profesionalismo y compromiso del talento humano institucional.

Aunque se reportaron oportunidades de mejora en atención oportuna y trato amable, la entidad demuestra su capacidad de escucha y acción, cumpliendo además con la Oportunidad de respuesta de PQRSDF dentro de los plazos establecidos por la Ley, reafirmando su responsabilidad y vocación de servicio.

Con este logro, el Hospital Universitario de La Samaritana se consolida como un referente de calidad y empatía en el país. Que estos resultados inspiren y fortalezcan el camino hacia una atención cada vez más humana, segura y eficiente

9. Recomendaciones

9.1. Recomendaciones 2025 Formulario de PQRSDF - Paciente y su Familia

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>Condición: Aunque el proceso de Atención al Usuario, Familia y Comunidad cuenta con un procedimiento institucional actualizado, instrumentos de control como el mapa de riesgos y planes de acción asociados, así como acciones de seguimiento desde la política de servicio al ciudadano y el Programa de Transparencia y Ética Pública, la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana no dispone de una política institucional específica y formalmente adoptada mediante acto administrativo que articule integralmente la gestión de PQRSDF. Por tanto, se recomienda consolidar y adoptar dicha política como mecanismo para fortalecer su sostenibilidad, control, trazabilidad y mejora continua.</p> <p>Responsable: Dirección de Atención al Usuario y Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad.</p> <p>Criterio: Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), dimensión Servicio al Ciudadano. Ley 1755 de 2015 – Derecho de petición. Ley 87 de 1993 – Principios de control interno.</p> <p>Causa: Si bien existen instrumentos operativos y de gestión, no se ha formalizado una política institucional única que unifique y oriente estratégicamente la gestión de PQRSDF.</p> <p>Efecto: La ausencia de una política formal limita la articulación entre los distintos mecanismos de seguimiento, dificulta la trazabilidad institucional y puede afectar la estandarización y sostenibilidad del proceso a largo plazo.</p>
2	<p>Condición: Durante la evaluación de los controles asignados al riesgo del proceso Atención al Usuario, Familia y Comunidad, se identificó que dos de ellos (el tercero con código 4162310 y el cuarto con código 4932403), si bien están implementados y contribuyen a la gestión del riesgo, requieren ser ajustados en su formulación. Específicamente, se recomienda fortalecer la claridad del responsable, establecer con mayor precisión la periodicidad de ejecución, definir el tratamiento ante desviaciones detectadas y formalizar las fuentes de verificación y evidencia, con el fin de mejorar su trazabilidad, controlabilidad y eficacia.</p> <p>Criterio: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas del DAFP – Versión 6, sección 3.2.2, la cual establece que todo control debe contar con atributos definidos que garanticen su diseño adecuado: responsable, periodicidad, propósito, forma de ejecución, tratamiento de desviaciones y evidencia.</p> <p>Causa: Los controles mencionados presentan redacción general o incompleta en algunos de sus atributos clave, lo que dificulta su evaluación técnica frente a los lineamientos exigidos.</p> <p>Efecto: La formulación ambigua de los controles puede limitar su efectividad para mitigar el riesgo, dificultar su seguimiento en auditorías futuras y reducir la capacidad de actuar oportunamente ante desviaciones en la gestión de las PQRSDF.</p>
3	<p>Condición: En el sistema de gestión integral Almera, se identificaron treinta (30) indicadores asociados al proceso “Atención al Usuario, Familia y Comunidad”. Si bien en respuesta al informe preliminar el proceso auditado realizó avances en la actualización de varios de ellos, al cierre de la auditoría aún persisten doce (12) indicadores sin análisis vigente, a pesar de contar con una frecuencia de reporte trimestral. Esta situación limita el monitoreo de resultados y dificulta la toma de decisiones basada en datos. Por tanto, se requiere asegurar el registro oportuno y permanente del análisis de estos indicadores (códigos: 2229, 2296, 2298, 2299, 2301, 2302, 2309, 2312, 2314, 2317, 2318 y 2321), en concordancia con su frecuencia definida, con el fin de fortalecer el seguimiento institucional, mejorar la trazabilidad del desempeño del proceso y contribuir a la mejora continua.</p> <p>Criterio: Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), dimensión “Evaluación de resultados”; Ley 87 de 1993 – Principios del sistema de control interno; Norma ISO 9001:2015 – Evaluación del desempeño; y lineamientos institucionales para el seguimiento de indicadores en el sistema Almera.</p> <p>Causa: Falta de actualización periódica por parte de los responsables o ausencia de seguimiento</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	<p>sistemático en la plataforma. Efecto: La omisión del análisis impide medir el comportamiento del proceso, limita el monitoreo institucional y debilita la toma de decisiones fundamentadas en evidencia.</p>
4	<p>Condición: El indicador Proporción de Quejas y Reclamos del proceso de Atención Ambulatoria (código 2297) alcanzó un resultado de 21,9% en el primer trimestre de 2025, reflejando una proporción significativa de insatisfacción en la atención. El análisis en el sistema institucional Almera evidenció un aumento en las quejas respecto al mismo periodo del año anterior (de 30 a 39 registros), principalmente asociadas a dificultades en la comunicación telefónica para la asignación de citas, en el marco de la transición hacia herramientas de inteligencia artificial. Se recomienda a la Subdirección de Consulta Externa fortalecer la estrategia de gestión del cambio durante la automatización de procesos, reforzando la orientación al usuario en los canales de atención, y evaluando la necesidad de ajustar temporalmente el número de operadores humanos durante la fase de implementación, con el fin de mitigar el impacto en la calidad percibida del servicio. Criterio: Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (Dimensión Servicio al Ciudadano), Ley 1755 de 2015 – Derecho de petición, Ley 87 de 1993 – Principio de mejora continua en el control interno. Norma ISO 9001:2015 – Enfoque al cliente y gestión de riesgos. Causa: Reducción del número de operadores humanos, implementación parcial de herramientas de inteligencia artificial sin acompañamiento suficiente, y aumento en la demanda de servicios especializados por concentración de usuarios de EPS con red limitada. Efecto: Incremento en las quejas por acceso y oportunidad en la asignación de citas, percepción negativa del servicio por parte de los usuarios, y riesgo de mayor recurrencia de reclamos si no se fortalecen los mecanismos de orientación y respuesta efectiva.</p>
5	<p>Condición: Durante el primer trimestre de 2025, el indicador de proporción de quejas y reclamos en el servicio de Ortopedia con código 2313, obtuvo como resultado un 14,1% incumpliendo la meta institucional del 5,0 %". La mayoría de estas inconformidades se relacionan con la oportunidad quirúrgica ambulatoria, dada la priorización de casos de urgencias y hospitalización. Se recomienda implementar medidas de gestión de la demanda ambulatoria en Ortopedia, tales como la programación por priorización clínica, fortalecimiento del agendamiento y comunicación efectiva con el usuario, con el fin de mitigar la percepción de demora y mejorar la satisfacción del usuario. Criterio: Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), dimensión Servicio al Ciudadano. Ley 87 de 1993 – Control interno y mejora continua. Norma ISO 9001:2015 – Enfoque al cliente y planificación del servicio. Resolución 3100 de 2019 – Condiciones de habilitación (acceso y oportunidad). Causa: Alta demanda y priorización de urgencias y hospitalizados, sin un modelo claro de programación oportuna para usuarios ambulatorios. Efecto: Aumento de quejas e insatisfacción del usuario, con riesgo de recurrencia si no se ajustan los procesos de programación y comunicación en el servicio.</p>
6	<p>Condición: Se evidenció que no se le asignan causas a las Peticiones, Sugerencias y Felicitaciones registradas. Por ello, se recomienda implementar como medida correctiva el registro completo de la causa una vez se hace el análisis por el responsable según el procedimiento No 02UFC06-V7 -ID 2 No 4 "PETICIONES DE PACIENTE FAMILIA O PARTES INTERESADAS" que establece: " <i>Diligenciar de manera completa las demás variables como son asignación al servicio involucrado, clasificación de causa, atributos y derechos vulnerados, validación de fechas de vencimiento y seguimientos esta información quedará consignada en el formato 05AUF53-1 V1 llamado SEGUIMIENTO , MONITOREO Y CONTROL A LAS PQRSDF</i>". También se recomienda actualizar el listado en Almera, incorporando para las Quejas, Denuncias y Reclamos, causas como dificultades en facturación, reprocesos administrativos o fallas en el flujo operativo.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	<p>Criterio: La información consignada en las PQRSDf debe ser veraz, completa, trazable y útil para la toma de decisiones institucionales, de acuerdo con los lineamientos de gestión de la calidad y la normatividad vigente en atención al usuario.</p> <p>La asignación de causas a Peticiones, Sugerencias y Felicitaciones (PSF) dentro de hospitales universitarios públicos, como lo establece el procedimiento IC-PR-013 del Hospital Erasmo Meoz, se realiza durante el análisis de la solicitud una vez radicada, y está a cargo del responsable del área, como el Coordinador SIAU. Este proceso permite que la gestión no se limite a una respuesta operativa, sino que derive en acciones de mejora estructurales, convirtiendo la manifestación ciudadana en una fuente estratégica de información institucional. Asignar causas facilita la identificación de patrones recurrentes, la priorización de acciones correctivas o preventivas, el fortalecimiento de decisiones basadas en datos y el reconocimiento de buenas prácticas en casos de felicitaciones. Aunque los estándares de Acreditación en Salud no exigen literalmente esta práctica para PSF, sí la promueven dentro del ciclo de mejora continua a través de la evaluación de la atención y el aprendizaje organizacional. Por su parte, el MIPG impulsa en su política de servicio al ciudadano el uso de herramientas como el análisis de causas para optimizar la calidad de atención, consolidando así la relevancia de esta práctica dentro de un enfoque de gestión pública eficiente y transparente. Los beneficios de listar las causas relacionadas con las PSF, incluyen mejoras en la implementación de trámites en línea – SUIT, según las necesidades detectadas en la PSF de los usuarios; entre muchos otros usos que se le pueden dar para contribuir a la mejora de los procesos de la entidad a través de la identificación de causas.</p> <p><u>IC-PR-013-PROCEDIMIENTO-DE-GESTION-DE-PETICIONES-QUEJAS-RECLAMOS-DENUNCIAS-SUGERENCIAS-Y-FELICITACIONES-VS-08.pdf</u></p> <p>Causa: Falta de control en el momento del registro y ausencia de revisión técnica periódica del listado de causas disponibles en el sistema institucional.</p> <p>Efecto: Baja calidad del dato, subregistro de causas críticas y limitaciones para identificar fallas que impactan directamente la sostenibilidad financiera del hospital.</p>
7	<p>Condición: En las tres sedes evaluadas se identificaron PQRSDf relacionadas con la calidad del trato brindado por el personal asistencial, por lo que se recomienda fortalecer la atención humanizada y centrada en el usuario mediante estrategias de formación continua dirigidas a todo el equipo de salud. “se debe establecer dentro de los contratos con las empresas temporales mecanismos de selección del personal asistencial que garanticen las habilidades y/o competencias blandas necesarias para que el personal vinculado a la entidad se acople a los principios, valores y políticas de atención al usuario; de igual manera desde la supervisión de los contratos de las temporales se debe monitorear mensualmente las PQRSDf originadas por el personal de la empresa temporal con el fin de solicitarle a la empresa la debida corrección de los comportamientos de personal asistencial proporcionado. Y en los casos que amerite el retiro del personal por incumplimientos de las políticas internas del hospital y reiteradas PQRSDf derivadas de su comportamiento. De igual manera se recomienda al equipo directivo ahondar en las causas que pueden llevar al personal asistencial a tener comportamientos desviados de la política de atención humanizada con el fin de brindar un mejor ambiente laboral y confort dentro del ejercicio de sus funciones. Entre los aspectos a revisar para brindar confort al personal se debe tener en cuenta la infraestructura y espacios físicos, herramientas tecnológicas y la dotación.</p> <p>Criterio: De acuerdo con la Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud debe garantizarse bajo principios de dignidad, calidad y oportunidad. Asimismo, la Resolución 3100 de 2019 establece que los prestadores deben brindar una atención centrada en el usuario, con enfoque humanizado y respetuoso.</p> <p>Causa: Falta de formación continua en atención humanizada, desconocimiento o inadecuada aplicación de los principios de trato digno, y ausencia de estrategias institucionales para fortalecer estas competencias.</p> <p>Efecto: La percepción negativa del usuario frente al trato recibido genera insatisfacción, afecta la imagen institucional y puede derivar en reprocesos administrativos y pérdida de confianza en el servicio.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
8	<p>Condición: En las sedes Bogotá, regional y funcional, se identificaron demoras en la asignación de citas médicas y procedimientos, así como dificultades en los canales de comunicación institucionales (Call center, Página web, WhatsApp), por lo que se recomienda revisar y optimizar dichos procesos para garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud.</p> <p>Criterio: De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, los prestadores de servicios de salud deben garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios ofrecidos. Asimismo, la Ley 1751 de 2015 establece como principios del derecho a la salud la oportunidad, calidad y continuidad en la atención.</p> <p>Causa: Fallas en la disponibilidad de agendas, limitada capacidad de respuesta en los canales de contacto y ausencia de mecanismos de seguimiento para detectar y corregir retrasos.</p> <p>Efecto: Esta situación genera interrupciones en la atención, insatisfacción de los usuarios y reprocesos institucionales, afectando la eficiencia operativa y la sostenibilidad financiera del hospital.</p>
9	<p>Condición: Los servicios que se identificaron en este informe, con más alto porcentaje de PQRSD deben elaborar planes de mejoramiento, para atender las causas de las mismas y bajar el % de PQRSD, evitando: el desgaste administrativo que conlleva el dar respuesta a los usuarios y su familia, la incomodidad del paciente y el riesgo jurídico para la administración. Sin no se realizan planes de mejora tal y como lo solicita la Dirección de atención al usuario a los procesos involucrados, se continuará con los mismos temas recurrentes de PQRSD.</p> <p>Durante la revisión en el sistema Almera se evidenciaron avances en varios planes de mejoramiento asociados a PQRSD. Se destaca el cierre total del plan 2641 y el progreso en el plan 3221. No obstante, se mantienen rezagos en el cumplimiento de acciones formuladas en los planes 3052 y 3267, y el plan 3270 continúa sin acciones cargadas, aunque su causa ya fue abordada mediante el plan 3240. Este último aún no ha sido retirado del sistema. Responsable: Líderes de los procesos</p> <p>Criterio: De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), las entidades deben formular, ejecutar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento institucional, asegurando su trazabilidad, avance y cumplimiento oportuno. En este sentido, es necesario fortalecer el registro, seguimiento y ejecución de los planes derivados de PQRSD en el sistema Almera, priorizando aquellos con bajo avance o sin acciones cargadas, como los planes 3052, 3267 y 3270, con el fin de garantizar la implementación efectiva de acciones correctivas y la mejora continua del servicio.</p> <p>Causa: Seguimiento parcial o demorado a algunos planes, sumado a demoras en el ajuste, reemplazo o retiro de planes en el sistema.</p> <p>Efecto: El bajo avance o ausencia de acciones en ciertos planes puede limitar la capacidad institucional para implementar medidas correctivas oportunas, comprometiendo la mejora continua y la atención adecuada a los usuarios.</p>
10	<p>Condición: En el desarrollo de la Encuesta “Auditoría de Gestión PQRSD a mayo 31 de 2025”, se evidenció un bajo nivel de efectividad en la respuesta a la pregunta número 3, la cual indagaba sobre el conocimiento de los procedimientos y documentos vigentes publicados en el aplicativo institucional Almera, relacionados con la gestión de PQRSD. El 50% de los participantes respondió incorrectamente, señalando una débil apropiación institucional sobre el marco normativo vigente. La opción correcta era: c) 00UFC01-V4 Caracterización de Atención al Usuario y su Familia, y 02UFC06-V7 Gestión de PQRSD (Atención al Ciudadano). Por lo anterior, se recomienda a la Dirección de Atención al Usuario, Familia y Comunidad, como responsable del proceso, fortalecer las estrategias de socialización y divulgación de los procedimientos institucionales, a fin de mejorar su apropiación y aplicación por parte del equipo humano que gestiona y tramita las manifestaciones ciudadanas.</p> <p>Criterio: De acuerdo con el procedimiento 02UFC06-V7 Gestión de PQRSD, y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), es deber institucional garantizar que los colaboradores conozcan y apliquen correctamente los documentos que rigen los procesos de atención</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	<p>al ciudadano, con el fin de asegurar una gestión transparente, oportuna y eficaz.</p> <p>Causa: Posible deficiencia en los mecanismos de socialización y capacitación sobre los documentos institucionales vigentes, o baja consulta autónoma por parte de los colaboradores en el aplicativo institucional.</p> <p>Efecto: El desconocimiento parcial de los procedimientos puede afectar la correcta atención de las manifestaciones ciudadanas, comprometer la trazabilidad de la gestión y limitar el cumplimiento de los estándares institucionales establecidos.</p>

9.2. Recomendaciones 2025 Formulario - Voz del Cliente Interno

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>Condición: El procedimiento 02GTH05-V4 Voz del Cliente Interno no contempla una tipología formal para clasificar las manifestaciones del personal institucional, ni define tiempos máximos de respuesta. Esta situación implica que algunas solicitudes que podrían constituir derechos de petición no se tramitan conforme a los términos legales establecidos, lo que representa un riesgo de incumplimiento normativo. Se recomienda actualizar dicho procedimiento, incorporando una clasificación formal de solicitudes y plazos diferenciados de respuesta, en concordancia con la Ley 1755 de 2015 y ajustados a la operatividad institucional.</p> <p>Criterio: Artículos 13 y 14 de la Ley 1755 de 2015, y Sentencia C-951 de 2014 de la Corte Constitucional, que establecen el derecho de toda persona a presentar peticiones ante autoridades y a obtener una respuesta de fondo dentro de los plazos legales.</p> <p>Causa: El procedimiento actual fue concebido como una herramienta interna orientada al mejoramiento del clima organizacional, sin contemplar que algunas manifestaciones pueden constituir ejercicios formales del derecho de petición.</p> <p>Efecto: Ausencia de criterios claros para la gestión oportuna y legal de las solicitudes internas, lo que puede derivar en vulneración del derecho de petición, percepción de desatención por parte del talento humano y falta de trazabilidad en la gestión de las respuestas.</p>
2	<p>Condición: Durante el análisis del formulario Voz del cliente interno, se realizó una verificación del proceso de gestión del talento humano en la plataforma institucional Almera, con el fin de identificar elementos de gestión asociados. No se evidenciaron riesgos institucionales vinculados a las manifestaciones internas registradas por los colaboradores, ni indicadores de seguimiento para este formulario. Asimismo, no se identificaron planes de mejoramiento derivados de las manifestaciones consignadas. Se recomienda establecer mecanismos que permitan integrar este formulario a la gestión institucional, mediante la identificación de riesgos, la formulación de indicadores y el desarrollo de acciones de mejora, de manera que se fortalezca el seguimiento y análisis de las manifestaciones internas como insumo para la mejora continua.</p> <p>Criterio: Manual Interno de Gestión del Riesgo de la ESE Hospital La Samaritana – Versión vigente. Política de Participación Social en Salud – Resolución 2063 de 2017. Normativa institucional aplicable al proceso de Gestión del Talento Humano – Procedimiento 02GTH05-V4. Lineamientos del DAFP para la gestión de PQRSDf y canales de atención al ciudadano.</p> <p>Causa: El formulario Voz del Cliente Interno no ha sido incorporado formalmente como fuente de información en la gestión de riesgos ni en la construcción de indicadores del proceso, lo cual ha limitado su articulación con otras herramientas de gestión institucional.</p> <p>Efecto: La ausencia de gestión institucional frente a las manifestaciones internas impide su trazabilidad y análisis integral como insumo para la toma de decisiones, lo que representa una oportunidad de mejora en el marco de la cultura de calidad y del bienestar del talento humano.</p>
3	<p>Condición: Durante la revisión de los 187 registros radicados en el formulario Voz Cliente Interno en el periodo auditado, se evidenció que 65 registros (34,7%) no contienen información en la casilla "Servicio" y</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	<p>21 registros (11,2%) no registran dato alguno en la casilla "Proceso involucrado", lo cual limita la posibilidad de realizar un análisis completo y segmentado de las manifestaciones internas por áreas responsables. Se recomienda establecer mecanismos que aseguren el diligenciamiento obligatorio de estos campos, garantizando así una mayor calidad de la información registrada en el aplicativo Almera.</p> <p>Criterio: El artículo 133 de la Ley 1757 de 2015 y los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) establecen la importancia de contar con información clara, oportuna y completa que permita generar valor público, facilitar la mejora continua y la toma de decisiones basada en evidencia. Así mismo, el procedimiento institucional 02GTH05-V4 señala que las manifestaciones deben ser registradas de forma completa en el aplicativo institucional.</p> <p>Causa: Se identificó la ausencia de controles obligatorios en el formulario que impidan su envío cuando los campos "Servicio" y "Proceso involucrado" no han sido diligenciados, lo que permite registros incompletos.</p> <p>Efecto: La falta de datos clave en los campos mencionados afecta la trazabilidad de las manifestaciones, dificulta la identificación de responsables y debilita la capacidad institucional para hacer seguimiento, análisis y mejora de los procesos involucrados.</p>
4	<p>Condición: Durante el análisis de las causas asociadas a las manifestaciones internas registradas a través del formulario Voz cliente interno, se evidenció que 99 de los 166 registros analizados (53%) están relacionados con aspectos del clima laboral y el trato interpersonal, mientras que otras causas recurrentes apuntan al cumplimiento de funciones (11%) y a la falta de seguimiento por parte de los líderes o jefaturas (10%). Se recomienda que la Dirección de Talento Humano, en articulación con las dependencias correspondientes, formulen planes de mejoramiento orientados a fortalecer el clima organizacional, mejorar las competencias comunicativas y de liderazgo, e implementar mecanismos efectivos de acompañamiento y seguimiento al desempeño del talento humano.</p> <p>Criterio: El Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG establece como uno de sus pilares la gestión estratégica del talento humano, señalando que las entidades deben generar ambientes laborales sanos, promover el desarrollo de capacidades, y propiciar relaciones laborales respetuosas y colaborativas. Adicionalmente, el procedimiento institucional 02GTH05-V4 promueve la atención oportuna a las manifestaciones internas como herramienta para fortalecer la cultura organizacional.</p> <p>Causa: Se identifican posibles falencias en la comunicación interna, en la gestión del clima laboral y en el acompañamiento cercano por parte de líderes o responsables de proceso, que pueden estar afectando las relaciones laborales y el sentido de pertenencia de los colaboradores.</p> <p>Efecto: La persistencia de un número elevado de manifestaciones relacionadas con el ambiente laboral y las dinámicas internas de gestión podría afectar la motivación del personal, incrementar los niveles de insatisfacción, y generar impactos indirectos en la calidad del servicio prestado por la institución.</p>

9.3. Recomendaciones vigencia 2024

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: En el hospital, se ha identificado la ausencia de un indicador general de PQRSDF que permita visualizar el incremento o decremento de un periodo a otro. Esta falta de un indicador consolidado impide realizar un seguimiento eficaz de las tendencias en la recepción de PQRSDF, dificultando así la identificación de áreas críticas y la implementación de mejoras continuas. Es fundamental establecer un indicador global que capture y refleje estos cambios, facilitando la toma de decisiones informadas y la mejora de la calidad del servicio.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 5, Decreto 943 de 2014, el cual adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).</p> <p>CAUSA: En el hospital, no se ha implementado un indicador consolidado de PQRSDF, lo que impide la visualización clara del aumento o disminución de estos reportes en diferentes periodos.</p> <p>EFFECTO: La ausencia de un indicador general de PQRSDF impide un seguimiento eficaz de las tendencias en la recepción de estos reportes, dificultando la identificación de áreas críticas y la implementación de mejoras continuas. Esta falta de seguimiento puede afectar la calidad del servicio y la capacidad para tomar decisiones informadas.</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
2	<p>CONDICIÓN: Después de revisar el aplicativo ALMERA con el permiso de consulta de PQRSDf desde el usuario cinterno.lider, cubriendo el período del 1 de abril de 2023 al 31 de octubre de 2024, se encontraron un total de seis mil trescientas ochenta y siete (6.387) registros. Al cotejar la información exportándola a un archivo Excel, se evidenció que el reporte duplicaba, triplicaba y hasta quintuplicaba los datos consultados. Por lo tanto, se sugiere al administrador del aplicativo revisar el reporte en cuestión, considerando el acceso proporcionado a la Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno con el usuario cinterno.lider, el cual fue utilizado para consultar los datos correspondientes a las PQRSDf dentro del periodo anteriormente mencionado.</p> <p>CRITERIO: Decreto 1499 de 2017</p> <p>CAUSA: Se encontró que el reporte generado por el aplicativo ALMERA duplicaba, triplicaba y hasta quintuplicaba los datos consultados al exportarlos a un archivo Excel, debido posiblemente a errores en el sistema o en la configuración del reporte.</p> <p>EFFECTO: La duplicación y multiplicación de datos en los reportes impide obtener una visión clara y precisa de las PQRSDf, lo que afecta la toma de decisiones y la capacidad de respuesta del hospital. Además, puede generar desconfianza en la herramienta y en la gestión de las inquietudes de los usuarios.</p>
3	<p>CONDICIÓN: Para mejorar la gestión y el control de las PQRSDf, se recomienda implementar un sistema de clasificación en Bogotá y las sedes ubicadas en Zipaquirá que identifique y agrupe las quejas, peticiones, reclamos, sugerencias y denuncias relacionadas con comportamientos que transgredan el código de ética del hospital. Esta clasificación permitirá una identificación más clara de las infracciones éticas, facilitando la adopción de medidas correctivas y preventivas de manera oportuna. Además, contribuirá a la promoción de un entorno de trabajo ético y profesional, reforzando la confianza de los pacientes y sus familias en la institución.</p> <p>CRITERIO: Ley 1755 de 2015, Decreto 1499 de 2017.</p> <p>CAUSA: La ausencia de un sistema de clasificación adecuado impide la identificación clara de las infracciones éticas, dificultando la gestión y el control de las PQRSDf relacionadas con el código de ética.</p> <p>EFFECTO: La falta de un sistema de clasificación para las PQRSDf relacionadas con el código de ética dificulta la adopción de medidas correctivas y preventivas de manera oportuna, comprometiendo así la promoción de un entorno de trabajo ético y profesional. Además, esto puede afectar la confianza de los pacientes y sus familias en la institución.</p>
4	<p>CONDICIÓN: Se han identificado inconsistencias en la consulta de la información de las PQRSDf del hospital, debido a la falta de principios claros de seguridad y calidad, comprometiendo la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos. La gestión de las PQRSDf debe regirse por principios de seguridad y calidad, que incluyan la confidencialidad, integridad, disponibilidad, precisión, actualidad y accesibilidad de la información.</p> <p>CRITERIO: Ley 1581 de 2012, Ley 1755 de 2015, Decreto 886 de 2014, Decreto 1166 de 2016, Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)</p> <p>CAUSA: La ausencia de un marco normativo bien definido y la falta de implementación de medidas adecuadas han llevado a la exposición de datos sensibles, errores en la información y falta de acceso oportuno a los datos.</p> <p>EFFECTO: La deficiencia en la seguridad y calidad de la información de las PQRSDf puede resultar en la pérdida de confianza de los usuarios, errores en la toma de decisiones, y una gestión ineficiente de las inquietudes y sugerencias, afectando la calidad del servicio prestado por el hospital.</p>
5	<p>CONDICIÓN: Las tres sedes: Bogotá, Sede HR Zipaquirá y Sede UF Zipaquirá presentan distintos niveles de eficiencia en la respuesta a las PQRSDf. En general, Bogotá y Sede UF Zipaquirá tienen un 71% de respuestas oportunas, mientras que la Sede HR Zipaquirá alcanza un 84%. Hay áreas críticas en cada sede que requieren atención, especialmente en peticiones de documentos y quejas. Las PQRSDf deben gestionarse de manera que se garantice un alto porcentaje de respuestas oportunas, idealmente superior al 90%, para asegurar la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de los estándares de calidad.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 5, Decreto 943 de 2014, el cual adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).</p> <p>CAUSA: Los porcentajes de respuestas oportunas por debajo del 71% pueden deberse a una variedad de factores, incluidos la falta de capacitación específica del personal, procedimientos ineficientes o desactualizados, y una distribución de recursos que no permite una atención efectiva o sistemas de gestión documental inadecuados.</p> <p>EFFECTO: Sin la implementación de acciones correctivas, la eficiencia en la gestión de las PQRSDf continuará siendo baja, lo que resultará en una menor satisfacción del usuario y una percepción negativa del servicio. Esto puede llevar a un aumento en las quejas y una disminución de la confianza en la entidad. Implementar acciones correctivas, como capacitaciones específicas para el personal, revisión y optimización de procedimientos y una mejor distribución de</p>

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
	recursos, es esencial para elevar el porcentaje general de respuestas oportunas y mejorar la satisfacción de los usuarios.
6	<p>CONDICIÓN: En Bogotá, Sede HR de Zipaquirá y Sede UF de Zipaquirá, se ha identificado una alta concentración de PQRSD en servicios específicos como Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización. Esta situación indica áreas críticas donde los usuarios tienen más inquietudes o necesidades, lo que requiere acciones correctivas específicas. La gestión de las PQRSD debe asegurar respuestas oportunas y de alta calidad, con el objetivo de mejorar la satisfacción del usuario y cumplir con los estándares de servicio establecidos. El enfoque debe ser reducir el número de quejas y mejorar la percepción del servicio en estas áreas críticas.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 5, Decreto 943 de 2014, el cual adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).</p> <p>CAUSA: Las altas cifras de PQRSD en ciertos servicios pueden deberse a una serie de factores como la falta de capacitación adecuada del personal, procedimientos ineficientes o desactualizados, y una distribución de recursos que no permite una atención efectiva y puntual a las necesidades de los usuarios, las inconsistencias en la clasificación de las PQRSD, especialmente aquellas registradas como "OTRO" o "EN BLANCO", pueden deberse a la falta de un sistema de registro y seguimiento adecuado, capacitación insuficiente del personal en la clasificación correcta de las PQRSD, o la existencia de procedimientos poco claros.</p> <p>EFFECTO: Sin la implementación de acciones correctivas, un aumento en el número de quejas y una percepción negativa del servicio puede deteriorar la reputación en Bogotá y de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá, como la falta de precisión en la clasificación y alta concentración de PQRSD en ciertos servicios pueden llevar a una gestión ineficiente, respuestas tardías y una disminución en la calidad del servicio. Esto puede generar insatisfacción entre los usuarios, deteriorar la confianza en el sistema de atención al usuario y aumentar la carga de trabajo en los servicios más afectados.</p>
7	<p>CONDICIÓN: Actualmente, no se cuentan con indicadores específicos para medir la calidad de la satisfacción del ciudadano con las respuestas recibidas, ni la cantidad de respuestas que resultan en una acción correctiva o mejora. Esto dificulta la evaluación objetiva del desempeño y la implementación de mejoras en el proceso de gestión de PQRSD. Para garantizar una gestión eficiente y transparente de las PQRSD, es fundamental crear y utilizar indicadores que midan tanto la satisfacción del ciudadano con las respuestas recibidas como la efectividad de las acciones correctivas implementadas a partir de las respuestas.</p> <p>CRITERIO: Ley 87 de 1993 Artículo 5, Norma Técnica Colombiana ISO 9001 de 2015, Decreto 430 de 2016.</p> <p>CAUSA: La falta de indicadores claros y específicos impide una evaluación precisa del proceso de gestión de PQRSD, lo cual dificulta la identificación de áreas de mejora y la implementación de acciones correctivas efectivas. Esto puede ser consecuencia de una ausencia de herramientas de medición adecuadas y de un enfoque sistemático en la evaluación del desempeño.</p> <p>EFFECTO: Sin indicadores adecuados, es difícil medir la calidad del servicio y la satisfacción del ciudadano, lo que puede resultar en una percepción negativa de la gestión de PQRSD. Además, la falta de datos sobre acciones correctivas dificulta la implementación de mejoras continuas, afectando la eficiencia y efectividad del proceso.</p>

9.4. Recomendaciones anteriores

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
1	<p>CONDICIÓN: No existen mediciones y/o Indicadores de las sedes que se encuentran en el Municipio de Zipaquirá relacionados con PQRSD. En el Mapa por Procesos ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD, Mediciones; se revisaron veintinueve (29) indicadores que corresponden a Bogotá, Se sugiere que las Sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá gestionen la habilitación y/o creación de los indicadores de PQRSD. (Recomendación del Informe de Auditoría anterior).</p> <p>CRITERIO: Decreto 1151 de 2008, Ley 1712 de 2014, Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015, Directriz 002 de 2015.</p> <p>CAUSA: Falta de información referente a indicadores en las sedes del Municipio de Zipaquirá.</p> <p>EFFECTO: Inefectividad para la toma de decisiones respecto a mejoras en la gestión de PQRSD.</p>

Las recomendaciones formuladas que no presentan evidencias documentales o actividades verificables que indiquen su subsanación al cierre del presente Informe de Auditoría, se mantienen en firme, con el fin de realizar el seguimiento correspondiente y verificar si los responsables de proceso formularon un plan de mejoramiento o implementaron acciones correctivas. En la próxima auditoría, deberán presentarse los soportes físicos o evidenciarse la gestión realizada.

SOLICITUD: Las recomendaciones consignadas en este Informe de Auditoría que requieren plan de mejoramiento, deben ser adoptadas conforme fueron enunciadas. No deben ser modificadas total ni parcialmente, sin la debida justificación técnica y la aprobación del ente auditor.

La Ley 1952 de 2019 – Código General Disciplinario, modificada por la Ley 2094 de 2021, vigente a la fecha del presente informe, establece que los servidores públicos tienen el deber de cumplir con sus funciones con diligencia, incluyendo la obligación de responder oportunamente a requerimientos, solicitudes o peticiones en el marco de sus responsabilidades. La omisión injustificada de este deber puede constituir una falta disciplinaria, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 34 y 54 del Código General Disciplinario.

El presente informe de auditoría es de carácter institucional. La verificación se realizó con base en la información publicada en el sitio web y la Intranet institucional de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, así como en la documentación proporcionada por los procesos auditados. Si bien dicha información está bajo la responsabilidad funcional de los servidores públicos, las observaciones, hallazgos y planes de mejoramiento derivados de esta auditoría no son de carácter personal o individual, sino que comprometen a la entidad en su conjunto, en tanto son parte de su deber de control interno y mejora continua.



YETICA JHASVELLI HERNÁNDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



JHON ANDRES MENESES OROZCO
Profesional | Apoyo Control Interno

Bogotá, D.C. Julio 22 de 2025