



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

INFORME FINAL

AUDITORÍA ATENCIÓN AL USUARIO

Bogotá D.C, julio 18 de 2026

Tabla De Contenido

1.	ASPECTOS GENERALES.....	3
1.1	Introducción.....	3
1.2	Objetivo general	3
1.3	Alcance.....	3
1.4	Marco normativo.....	3
1.5	Metodología.....	4
2.	ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS.....	5
2.1.	Verificación del marco normativo y documental	5
2.2.	Verificación de la gestión digital de PQRS	5
2.3.	Evaluación del enfoque diferencial y la accesibilidad.....	5
2.4.	Análisis de la percepción del usuario y mejora continua	6
2.5.	Seguimiento a la participación ciudadana y la transparencia	6
2.6.	Monitoreo de riesgos institucionales	6
3.	RECONOCIMIENTO DE BUEN DESEMPEÑO (PROCESOS EN CUMPLIMIENTO)	7
3.1.	Gestión Integral y Trazabilidad de PQRSDF	7
4.	OBSERVACIONES	8
5.	CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN.....	8
6.	ANEXOS	10
6.1.	Anexo 1. Lista de Chequeo	10

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 Introducción

El presente informe corresponde al seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno a la gestión de la Dirección de Atención al Usuario (DAU), con el propósito de evaluar la efectividad de los procesos orientados a la atención, orientación, participación y protección de los derechos de los usuarios.

La auditoría comprende la verificación del cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), la Política de Humanización y los mecanismos de interacción con la ciudadanía, efectuados en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá y todas sus sedes. También, analiza la capacidad institucional para identificar y atender las necesidades de los pacientes y sus familias bajo el enfoque de Atención Centrada en el Usuario, identificando fortalezas y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la gestión institucional y al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

1.2 Objetivo general

Evaluar el cumplimiento, la efectividad y la mejora continua del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) mediante la verificación integral de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF); la caracterización y medición de la percepción de los usuarios; la implementación de estrategias de inclusión, accesibilidad y atención diferencial para poblaciones vulnerables; la suficiencia y funcionalidad de los canales de atención; el cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información; el funcionamiento de los mecanismos de participación social en salud; el seguimiento a los riesgos del proceso y la ejecución de acciones de racionalización de trámites, con el fin de asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente, los procedimientos institucionales y el fortalecimiento de la calidad en la atención al usuario.

1.3 Alcance

La auditoría comprende la evaluación de la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) desarrollada entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026 en la Dirección de Atención al Usuario (DAU) y sus dependencias del HUS Bogotá (Sede Central), el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ), la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ). La evaluación incluirá la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente y de los procedimientos institucionales relacionados con la gestión de PQRSDF, los canales de atención, la accesibilidad e inclusión, la transparencia y el acceso a la información, la participación social en salud, la medición de la satisfacción del usuario, la racionalización de trámites y la gestión de los riesgos asociados al proceso.

1.4 Marco normativo

- Resolución Institucional 282 de 2021: Reglamenta el trámite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSDF), derogando la Resolución 393 de 2017.

- Resolución 276 de 2026: Define las garantías y funciones del sistema de información y de atención al usuario (SIAU) para la sede Bogotá y sus sedes.
- Resolución 278 de 2026: Adopta formalmente la Política de Participación Social en Salud (PPSS).
- Manuales y Procedimientos: Incluye el Manual Único de Información y Orientación (01UFC03), el Manual de Cortesía Telefónica (01UFC05) y el procedimiento para la atención a población vulnerable (02UFC04).
- Decreto 1166 de 2016: Establece los lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas o dialectos oficiales.
- Decreto 780 de 2016: Señala las poblaciones especiales que requieren atención integral y enfoque diferencial en salud.
- Ley 1712 de 2014: Regula la Transparencia y el Acceso a la Información Pública, marco bajo el cual se publica la información en el sitio web institucional.
- Ley 734 de 2002 (Art. 69): Define las condiciones bajo las cuales la entidad debe dar trámite a las peticiones anónimas cuando sean claras y concretas.
- Decreto 430 de 2016: Referenciado en la base legal de las resoluciones internas para la gestión ciudadana.
- Norma Técnica Colombiana NTC 6047: Define los criterios de accesibilidad al medio físico y señalización accesible que la entidad debe implementar para personas con discapacidad.
- Guía de Caracterización de Ciudadanía y Grupos de Valor (DAFP, 2022): Metodología de la Función Pública utilizada para identificar las necesidades de los usuarios.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG): Marco de referencia para la proyección y aprobación de las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana.
- Certificación ISO 9001: El sistema de gestión de la entidad está alineado con estándares internacionales de calidad

1.5 Metodología

La auditoría se desarrolló mediante un enfoque basado en riesgos y en el cumplimiento normativo, aplicando una lista de chequeo compuesta por 40 ítems, orientada a verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la existencia de los soportes documentales requeridos del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU). La metodología comprendió la revisión y análisis de evidencias documentales, la verificación de políticas, procedimientos, registros, informes de gestión, certificaciones y demás soportes suministrados por el proceso de Atención al Usuario. Asimismo, se realizó la validación de la gestión de las PQRSDF, los canales de atención, el cumplimiento de los requisitos de transparencia, accesibilidad, inclusión, participación social en salud y medición de la satisfacción del usuario.

2. ANÁLISIS DE LAS EVIDENCIAS

2.1. Verificación del marco normativo y documental

Con el fin de verificar que la gestión del servicio al ciudadano se encuentra soportada en un marco normativo y procedimental formal, se revisó la Resolución Institucional 282 de 2021, mediante el cual se reglamenta el trámite interno de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), así como el procedimiento 02UFC06-V8 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (Atención al Ciudadano), incluyendo las directrices para el registro de solicitudes en el sistema Almera y el tratamiento de las peticiones incompletas, conforme a lo establecido en el artículo 14 de la citada resolución. Adicionalmente, se verificó la disponibilidad de los documentos de apoyo Manual Único de Información (01UFC03-V3) y Manual de Cortesía Telefónica (01UFC05), orientados a estandarizar la atención y fortalecer la humanización en la prestación del servicio.

2.2. Verificación de la gestión digital de PQRS

Se evaluó el funcionamiento del sistema Almera SGI PQR, verificando la generación automática de un número único y consecutivo de radicación para cada solicitud, independientemente del canal de ingreso. Asimismo, se constató, mediante certificación por parte de la oficina de Planeación del 28 de abril de 2026, que únicamente el personal autorizado de las áreas de Planeación, Sistemas y Dirección de Atención al Usuario y que se encuentran registrados en el módulo de PQRS, cuenta con perfiles de administrador, garantizando la integridad y seguridad de la información.

De igual manera, se verificó, mediante evidencia documental y la verificación directa en la página de la HUS, que la plataforma permite al ciudadano adjuntar archivos, seleccionar el medio de respuesta y realizar el seguimiento al estado de su solicitud a través de un enlace de consulta pública, con el fin de garantizar la accesibilidad al trámite, la trazabilidad de las solicitudes, la transparencia en su gestión y el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la atención al ciudadano.

2.3. Evaluación del enfoque diferencial y la accesibilidad

Se confirmó la información en las evidencias fotográficas y audiovisuales suministradas, verificando la implementación de acciones orientadas a garantizar la accesibilidad y la atención diferencial. En este contexto, se evidenció la traducción de los derechos y deberes de los usuarios a las lenguas nativas Tikuna, Ikuu y Sikuani, así como la disponibilidad de material audiovisual en lengua de señas. Igualmente, se verificó la instalación de señalización en Braille en puntos estratégicos de la institución, en cumplimiento de la norma NTC 6047, y la implementación de la opción de atención preferencial en el sistema Digiturno para población prioritaria, como adultos mayores y mujeres gestantes.

2.4. Análisis de la percepción del usuario y mejora continua

Se verificó que la institución cuenta con 17 modelos de Encuestas de Satisfacción y Experiencia del Usuario, diseñados por la Dirección de Atención al Usuario y aplicados trimestralmente con el propósito de evaluar la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención. Asimismo, se evidenció que la Dirección de Atención al Usuario elabora informes cuantitativos y cualitativos derivados de los resultados obtenidos, los cuales constituyen un insumo para la formulación, implementación y seguimiento de acciones de mejora por parte de los responsables de cada servicio. Lo anterior, con el fin de verificar la existencia y efectividad de los mecanismos de medición de la satisfacción y experiencia del usuario, así como el aprovechamiento de sus resultados para fortalecer el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios prestados.

2.5. Seguimiento a la participación ciudadana y la transparencia

Respecto a la Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Política de Participación Ciudadana y la Política de Servicio al Ciudadano, se evidenció que estas se encuentran articuladas con el Plan Operativo Anual (POA), mediante la ejecución de actividades orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Atención al Usuario en cuanto a la Política de Transparencia, contribuye mediante la publicación y actualización de los protocolos, la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios y la difusión de la información relacionada con los servicios que presta el área. Estas acciones fortalecen el índice de transparencia y garantizan el acceso oportuno a la información pública, promoviendo una gestión más abierta, accesible y orientada al ciudadano.

No obstante, al momento de la auditoría se identificó que dichas políticas se encontraban pendientes de aprobación definitiva por parte del comité de gestión y desempeño.

2.6. Monitoreo de riesgos institucionales

Finalmente, se evaluó la gestión de los riesgos asociados al proceso mediante la revisión de la matriz institucional y su contraste con los reportes generados por la sede Bogotá, el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) y la Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ).

Como resultado del seguimiento, se verificó que durante el primer semestre de 2026 no se materializaron riesgos relacionados con el incumplimiento de los términos legales para la respuesta a las PQRS, contribuyendo a la mitigación de riesgos jurídicos, económicos y reputacionales para la entidad.

3. RECONOCIMIENTO DE BUEN DESEMPEÑO (PROCESOS EN CUMPLIMIENTO)

3.1. Gestión Integral y Trazabilidad de PQRSDF

Fortaleza Normativa: La entidad cuenta con un marco reglamentario actualizado mediante la Resolución Institucional 282 de 2021 y el procedimiento 02UFC06, asegurando que el trámite de peticiones, quejas y reclamos esté estandarizado en toda la red.

Firmeza del Sistema de Información: Se destaca la implementación del módulo Almera SGI PQR, el cual garantiza la centralización de solicitudes de todos los canales (web, presencial, buzones), asigna un radicado único e independiente, protege los datos personales y permite al ciudadano realizar seguimiento en línea.

Trámite de Solicitudes Especiales: Existe un cumplimiento riguroso en el manejo de peticiones anónimas (bajo la Ley 734 de 2002) Las peticiones anónimas que cumplen los requisitos legales y son claras y concretas se tramitan de oficio, realizando las averiguaciones necesarias para su resolución de fondo. También, las respuestas se notifican mediante edicto publicado en la cartelera de la Dirección u Oficinas de Atención al Usuario y en la página web del Hospital, conforme al procedimiento establecido.

3.2. Enfoque Diferencial, Inclusión y Accesibilidad

Inclusión Lingüística y Sensorial: El hospital sobresale por la traducción de la declaración de Deberes y Derechos de los usuarios a lenguas nativas (Tikuna, Ikunu y Sikuiani) y al inglés. Además, dispone de material en Braille y videos en lengua de señas para usuarios con discapacidad visual y auditiva.

Accesibilidad Física: Se evidencia un avance significativo en la adecuación de sedes bajo la norma NTC 6047, incluyendo la instalación de señalización en Braille en baños y barandas de las sedes Bogotá, HRZ y UFZ.

Atención Preferencial: La implementación del sistema Digiturno en consulta externa y urgencias con módulos de "Atención Preferencial" garantiza la prioridad efectiva para gestantes, adultos mayores y personas con discapacidad, tanto en Bogotá como en todas sus sedes.

3.3. Medición de la Percepción y Mejora Continua

Rigor Estadístico: La Dirección de Atención al Usuario aplica 17 modelos de encuestas de satisfacción, lo que permite un análisis profundo de la experiencia del paciente en servicios específicos como hospitalización y urgencias.

Socialización y Aplicación de Resultados: Los resultados no solo se publican en la web y la intranet, sino que se socializan trimestralmente con los líderes de proceso y la Junta Directiva para generar planes de mejora efectivos.

3.4. Transparencia y Participación Ciudadana

Visibilidad de la Información: Se reconoce el cumplimiento en la publicación de la Carta de Trato Digno, horarios y canales de contacto tanto en sedes físicas como en la sección de transparencia del sitio web oficial.

Mecanismos de Participación Activos: La institución mantiene Asociaciones de Usuarios vigentes en sus sedes principales y cumple con la ejecución del Plan de Participación Social en Salud 2026, además de realizar audiencias públicas de rendición de cuentas.

3.5. Gestión del Riesgo y Racionalización

Efectividad en el Control: Se resalta que, durante el primer semestre de 2026, el riesgo de sanciones legales o fallas en la gestión de PQRSDF no se materializó en ninguna de las sedes (HUS, HRZ y UFZ), gracias a los controles preventivos aplicados.

Racionalización de Trámites: Se evidenció que el área de Planeación y Calidad, realiza el reporte y la actualización periódica de 5 trámites simplificados registrados ante la plataforma SUIT, como lo son; Examen de laboratorio clínico, Terapia, Radiología e imágenes diagnósticas, asignación de citas, para la prestación de servicios de salud, e historia clínica, facilitando la interacción administrativa del ciudadano.

4. OBSERVACIONES

El presente proceso de auditoría se desarrolló tomando como base una lista de chequeo estructurada de cuarenta (40) preguntas, la cual se adjunta como anexo al presente documento (Anexo 1). Dicha lista contó con una matriz de evaluación que permitía calificar cada ítem bajo los criterios de: Aplica, No Aplica, No Cumple y Observaciones.

Con el fin de garantizar la trazabilidad, transparencia y un óptimo soporte documental, se implementó una carpeta en la plataforma Google Drive. En este espacio digital se desglosó cada una de las preguntas de manera individual, permitiendo la carga y organización de las evidencias correspondientes para cada criterio evaluado. A continuación, se adjunta el enlace de acceso a la mencionada carpeta de Drive para su respectiva revisión y consulta:

<https://drive.google.com/drive/folders/1FNpTHS4JpSPiMcskwXdvaiWKOkINxP-o?usp=sharing>

5. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

La auditoría al proceso de Atención al Usuario permitió verificar que las actividades evaluadas se ejecutan conforme a la normatividad aplicable, los procedimientos institucionales y los criterios establecidos por el E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana. Los resultados obtenidos evidencian un adecuado nivel de cumplimiento y eficacia en la ejecución del proceso, sin identificarse hallazgos, no conformidades ni situaciones que requieran la formulación de acciones correctivas o un plan de mejoramiento inmediato.

No obstante, como oportunidad para fortalecer la gestión institucional, se recomienda que, una vez sean aprobadas la Política de Servicio al Ciudadano y la Política de Participación Ciudadana, actualmente en revisión por parte de del comité de gestión y desempeño, estas sean socializadas con todos los servidores y colaboradores del Hospital Universitario de La Samaritana, con el propósito de fortalecer su apropiación, facilitar su implementación y asegurar su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).



EDWIN ALCIDES GONZALEZ COY

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1. Lista de Chequeo

		LISTA DE CHEQUEO AUDITORIA ATENCION AL USUARIO "SIAU" ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA				CÓDIGO	
		MACROPROCESO GESTION GERENCIAL				VERSIÓN	
FECHA DE AUDITORÍA:		PROCESO CONTROL INTERNO				06/07/2026	
OBJETIVO:		Evaluar el cumplimiento y la efectividad del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) mediante la verificación de la gestión de PQRSDF, la caracterización y percepción de los usuarios, la implementación de acciones de inclusión y accesibilidad para poblaciones vulnerables, la suficiencia de los canales de atención y el cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información, así como el funcionamiento de los mecanismos de participación social en salud y la aplicación de estrategias de racionalización de trámites, de conformidad con la normatividad vigente y los procedimientos institucionales.					
RESPONSABLE DEL PROCESO:		Nubia Guerrero Preciado – Directora Proceso de Atención al Usuario.					
ÍTEM		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES		
1	¿La entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios)?						
2	¿La entidad ha realizado caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos? Adjunte la						
3	¿La entidad cuenta con el procedimiento para las peticiones incompletas? ¿Lo pone en práctica? Adjunte las evidencias						
4	¿La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los productos o servicios ofrecidos y si estos cumplen sus expectativas? Adjunte los soportes						
5	¿Indique las funciones de la oficina de SIAU en relación a la orientación sobre los trámites y servicios de la entidad a la ciudadanía? Adjunte evidencias que soporten el cumplimiento de dichas funciones.						
6	¿La entidad cuenta con política de Transparencia, Participación y Servicio al ciudadano, se incluye en el Plan Estratégico Sectorial y en el Plan Estratégico Institucional? Adjunte soporte.						
7	¿La oficina de SIAU socializa los resultados de las PQRSDF en relación a la medición de la satisfacción de los usuarios? ¿Se toman las medidas correspondientes en torno a los resultados? Adjunte las evidencias que los soportan.						
8	La entidad implementa acciones para garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades como: - Visual - Auditiva - Cognitiva - Mental - Sordo o ciega - Múltiple - Física o motora						
9	¿La entidad incluye dentro de su plan de desarrollo o plan institucional acciones para garantizar el acceso real y efectivo de las personas en discapacidad a los servicios que ofrece?						
10	¿La entidad efectúa ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047? Adjunte las evidencias correspondientes						
11	¿La entidad cuenta con mecanismos de atención especial y preferente para infantes, personas en situación de discapacidad, embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adulto mayor y veterano de la fuerza pública y en general de personas en estado de indefensión y/o de debilidad manifiesta? Adjunte los soportes.						
12	La entidad incorpora en su presupuesto recursos destinados para garantizar el acceso real y efectivos a las personas con discapacidad en los servicios que ofrece?						
13	¿La entidad cuenta con un sistema de información para el registro ordenado y la gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias SIAU, incorpora los siguientes criterios, y adjunte las evidencias según corresponda:						
14	a. Existe un responsable(s) de la administración del Sistema						
	b. Permite adjuntar archivos y/o documentos						
	c. Brinda opciones para que el ciudadano pueda elegir el medio por el cual quiere recibir la respuesta						
	d. Permite la protección de los datos personales de los usuarios.						
	e. Permite la centralización de todas las peticiones, quejas, reclamos y denuncias, que ingresan por los						
	f. Cuenta con un enlace de ayuda en donde se detallan las características, requisitos y plazos de respuesta de						
	g. Emite mensaje de confirmación del recibido por parte de la entidad						
	h. Emite mensaje de falla, propio del aplicativo, indicando el motivo de la misma y la opción con la que cuenta						
	i. Permite hacer seguimiento al ciudadano del estado de la petición, queja, reclamo y denuncia						
	j. Permite monitorear la recepción y respuesta oportuna de peticiones, quejas, reclamos y denuncias.						
15	La entidad publicó la siguiente información en lugares visibles (diferentes al medio electrónico) y de fácil acceso al ciudadano, adjunte las evidencias fotográficas de cada publicación: (adjunte evidencias)						
a.	Localización física de sede central y sucursales o regionales						
b.	Horarios de atención de sede central y sucursales o regionales						
c.	Teléfonos de contacto, líneas gratuitas y fax						
d.	Carta de trato digno -Relacione la frecuencia con la que se actualiza						
e.	Listado de trámites y servicios						
f.	Responsable (dependencia o nombre o cargo) de la atención de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias						
g.	Correo electrónico de contacto de la Entidad						
h.	Noticias						
i.	Información relevante de la rendición de cuentas						
j.	Calendario de actividades						

	La entidad publicó en su sitio web oficial, en la sección de transparencia y acceso a la información pública:				
16	a.	Mecanismos para la atención al ciudadano			
	b.	Localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público			
	c.	Derechos de los ciudadanos y medios para garantizarlos (Carta de trato digno)			
	d.	Mecanismos para presentar quejas y reclamos en relación con omisiones o acciones de la Entidad			
	e.	Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información			
17	La entidad actualiza frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención				
18	¿La entidad cuenta con los canales y/o espacios suficientes y adecuados para interactuar con ciudadanos, usuarios o grupos de interés? Indique cuales y relacione el tiempo mínimo semanal que se dispone para la atención en dichos canales				
19	¿La entidad tiene establecido un sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio?				
20	¿La entidad ha implementado protocolos de servicio en todos los canales dispuestos para la atención ciudadana?				
21	La entidad dispone de oficinas o ventanillas únicas en donde se realice la totalidad de la actuación administrativa que implique la presencia del peticionario.				
22	¿La entidad cuenta con un formulario en su página Web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias?				
23	¿La entidad actualizó su reglamento de peticiones, quejas y reclamos, lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas, de acuerdo con el decreto 1166 de 2016? Adjunte el reglamento actualizado.				
24	¿La entidad dispone de mecanismos para recibir y tramitar las peticiones interpuestas en lenguas nativas o dialectos oficiales de Colombia, diferentes al español? Adjunte el mecanismo.				
25	La entidad cuenta con mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con: (Indique que se realiza en cada caso y si el procedimiento se tiene documentado).				
	a.	El reconocimiento de un derecho fundamental			
	b.	Peticiones presentadas por menores de edad			
26	c.	Peticiones presentadas por periodistas			
	¿En caso de desistimiento tácito de una petición, la entidad expide el acto administrativo a través del cual se decreta dicha desistimiento?				
27	La entidad elabora informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias con una frecuencia trimestral o mensual.				
28	La entidad incluye en sus informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, los siguientes elementos de información:				
	a.	Recomendaciones de la entidad sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos			
	b.	Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad			
	c.	Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública			
	d.	Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles			
29	¿La entidad cumple con los términos legales para responder las peticiones y consultas? Adjunte las evidencias				
30	¿La entidad da trámite a las peticiones anónimas? Adjunte el procedimiento				
31	¿La entidad cuenta con un responsable de las formas de participación ciudadana? Relacione las funciones				
32	¿Se cuenta con los canales, espacios, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) para promover la participación ciudadana?				
33	Se capacita a los miembros de la Asociación de usuarios en formas de participación ciudadana? Adjunte las actas de las jornadas de capacitación realizadas durante el periodo del año.				
34	¿La entidad cuenta con la asociación de usuario vigente y activa? Adjunte las actas de reunión del último trimestre				
35	Se cuenta con el plan de participación social en salud? Adjunte el plan				
36	¿La entidad organiza su información, trámites y servicios a través de ventanillas únicas virtuales?				
37	¿La entidad lleva un registro de los trámites que se consultan con mayor frecuencia por la ciudadanía?				
38	¿En la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios, se incluyen preguntas relacionadas con los trámites de la entidad en torno al costo y la complejidad de los mismos?				
39	¿La entidad cuenta con una estrategia de racionalización de trámites que cumpla con los parámetros establecidos por la política de racionalización de trámites? Adjunte la estrategia e indique el grado de socialización de la misma en torno a				
SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO					
40	¿Cuenta con la evidencia y los soportes que demuestran que se está realizando seguimiento continuo a los riesgos propios del proceso y los riesgos de corrupción identificados en la matriz de riesgos institucionales 2025 y 2026?				
CONCEPTO GENERAL Y/O RECOMENDACIONES:					