

Medellín, 15 de Enero de 2025

**E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA**  
**RADICADO No. I2026-00014**  
**CORRESPONDENCIA INTERNA**  
**FECHA: 2026-01-16 15:12:28**  
**RADICÓ: DEISY ALEJANDRA ROJO**  
**GRANADA**



Doctor  
**CARLOS MAURICIO MARTÍNEZ FLÓREZ**  
Gerente  
E. S. E. Hospital La María  
Ciudad

Asunto: Informe de seguimiento a la gestión de las PQR Trimestre IV de 2025

Respetado doctor,

Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno comedidamente le presenta el seguimiento a la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones, recibidas en la E.S.E. Hospital La María a través del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, en el cuarto trimestre del año 2025.

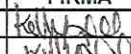
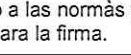
El objetivo de este seguimiento es verificar y validar la oportunidad y la calidad de la gestión de las manifestaciones presentadas por los usuarios, clasificadas como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF y, el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa al usuario en la E.S.E. Hospital La María, en el periodo mencionado y comparativo con vigencias anteriores.

Con el fin de disponer este informe de seguimiento de manera masiva, actualizada, accesible y comprensible, se procederá a su publicación en el sitio web institucional, buscando, además, generar y promover una cultura de transparencia acorde con la normatividad vigente, la cual lleva a las entidades o instituciones a publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad estatal y de interés público.

Cordialmente,

**Kelly Johana Flórez Uribe**  
Profesional de apoyo control interno  
Anexo lo enunciado.

Con copia: Dra. Carolina Murillo Velásquez, Subgerente Científica  
Marcela Sánchez Arango, Líder SIAU  
Laura María Castaño Vergara, Jefe Oficina Asesora de comunicaciones

|          | NOMBRE – CARGO                                                  | FIRMA                                                                                 | FECHA      |
|----------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| PROYECTÓ | Kelly Johana Flórez Uribe, Profesional de apoyo control interno |  | 15/01/2025 |
| REVISÓ   | Kelly Johana Flórez Uribe, Profesional de apoyo control interno |  | 15/01/2025 |
| APROBÓ   | Kelly Johana Flórez Uribe, Profesional de apoyo control interno |  | 15/01/2025 |

Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LAS PQRSFD  
CUATRO TRIMESTRE 2025**

**EQUIPO OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**Auditor**

KELLY JOHANA FLOREZ URIBE

**Profesional de apoyo control interno**

[controlinterno@lamaria.gov.co](mailto:controlinterno@lamaria.gov.co)

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Control interno de la E.S.E. Hospital La María, en el ejercicio de sus funciones tal como lo establece la Ley 87 de 1993 y toda la normatividad vigente, emplea un conjunto de metodologías que permiten evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno – SICI y sus componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo, en la operatividad de los procesos definidos en la Institución.

Una de esas metodologías, es la verificación del cumplimiento de requisitos legales, procedimientos y directrices establecidas al interior del Hospital, en este caso, para la gestión de las manifestaciones presentadas por sus usuarios clasificadas como: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDf, a través de los diferentes canales de comunicación definidos por la institución en cada una de sus sedes.

Buscando cumplir con este requerimiento, se llevan a cabo todas las actividades necesarias para obtener los resultados que se compilan en el presente el Informe de Seguimiento a la gestión de las PQRSDf para el Cuatro Trimestre de 2025.

**Oficina de Control Interno.  
Enero de 2025.**

## GENERALIDADES

### 1.1. OBJETIVO

Verificar y validar la oportunidad y calidad de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF y, el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa al usuario en la ESE Hospital La María, en el cuarto Trimestre de 2025.

### 1.2. ALCANCE

La verificación del cumplimiento se hará sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, como punto de partida de la información que proporcionan los usuarios sobre los servicios de salud recibidos, a través de los diferentes tipos de manifestaciones y canales dispuestos por la institución en cada una de sus sedes.

### 1.3. METODOLOGÍA

Con el fin de evaluar la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, se abordará el proceso desde los siguientes cuatro aspectos:

- Gestión de la información y orientación al usuario.
- Gestión de PQRSFD.
- Medición de la satisfacción del usuario.
- Participación social en salud.

### 1.4. MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control interno en las entidades y organismos del estado.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

*Artículo 73. Reglamentado por el Decreto Nacional 1122 de 2024. Modificado por el art. 31, Ley 2195 de 2022. <El nuevo texto es el siguiente> Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad.*

*Artículo 76. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos. Reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012. En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.*

*La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios.*



*Todas las entidades públicas deberán contar con un espacio en su página web principal para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad, y de los cuales tengan conocimiento, así como sugerencias que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público.*

Decreto Ley 19 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Ley 1712 del 2014. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

*Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos Para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.*

Decreto 1755 de 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

*Capítulo 2. Instancias de articulación y sus competencias. Artículo 2.2.21.2.5 Evaluadores. Numeral e) Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana.*

Decreto 780 de 6 de mayo de 2016. Ministerio de Protección Social. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

*Capítulo 6. Sistema Único de Acreditación. Artículo 2.5.1.6.10 Ciclo de la Acreditación en Salud. VII. La resolución de las reclamaciones que se presenten.*

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Decreto 648 de 2017. Modifica y adiciona Decreto Nacional 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Decreto 1499 de 2017. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 – actualización Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Resolución 2063 de 2017. Por la cual se adopta la Política Pública de Participación Social en Salud (PPSS).

Circular Externa 008 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007.

Ley 2052 de 2020. Por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.

Resolución 2893 de 2020 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Por la cual se expiden los lineamientos para estandarizar ventanillas únicas, portales específicos de programas transversales, sedes electrónicas, trámites, OPAs y consultas de acceso a información pública, así como en relación con la integración al Portal Único del Estado Colombiano, y se dictan otras disposiciones.

*Anexo 5. Guía Técnica de Integración de Trámites, Opa y Servicios de Consulta de Acceso a Información Pública, al portal único del Estado colombiano GOV.CO.*

Decreto 088 de 2022. Por el cual se adiciona el Título 20 a la Parte 2 del Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Decreto 1078 de 2015, para reglamentar los artículos 3, 5 y 6 de la Ley 2052 de 2020, estableciendo los conceptos, lineamientos, plazos y condiciones para la digitalización y automatización de trámites y su realización en línea.

Ley 2195 de 2022. Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

*ARTÍCULO 31. PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EN EL SECTOR PÚBLICO. Modifíquese el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedará así: d. Canales de denuncia conforme lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;*

Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud. Por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020.

## 1.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA DEL PROCESO Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES

- ✓ Plan de Desarrollo Institucional 2024 – 2028.
- ✓ PL-GIN-002 Política de Racionalización de Trámites.
- ✓ DP-SIAU-001 Política de Participación Ciudadana.
- ✓ MA-SIAU-001 Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario.
- ✓ MA-SIAU-002 Manual SIAU.
- ✓ PO-SIAU-001 Protocolo de Atención al Usuario con Enfoque de Humanización.
- ✓ INS-SIAU-001 Instructivo para los Tiempos de Respuesta a Peticiones, Quejas, Reclamos Sugerencias y Denuncias.
- ✓ INS-SIAU-003 Instructivo para la Aplicación de las Encuestas de Satisfacción.
- ✓ Informe SIAU PQRSDF del cuatro trimestre 2025.

## 1.6. DEFINICIONES

A continuación, se relaciona la terminología básica relacionada con el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU.

**AGRADECIMIENTO.** Sentimiento de gratitud que se experimenta como consecuencia de haber recibido algo que se necesitaba.

**BUZONES DE SUGERENCIAS.** Se encuentran ubicados en los lugares donde se presenta atención a la ciudadanía.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**CANALES DE ATENCIÓN.** Son los medios o mecanismos de comunicación establecidos por la ESE, a través de los cuales el ciudadano puede formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, consultas y felicitaciones; o solicitar acceso a trámites, servicios, programas y/o proyectos sobre temas de competencia de la entidad. Se estructura bajo varios medios integrales: canal presencial, canal telefónico y canal virtual.

**CANAL PRESENCIAL.** Permite el contacto directo de los clientes-ciudadanos con el personal de la ESE, cuando acceden a las instalaciones físicas de la entidad, para obtener algunos de los servicios, trámites, programas o proyectos que ésta ofrece, o presentar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones o denuncias, así mismo la Administración pone a disposición de la ciudadanía

**CANAL TELEFÓNICO.** Medio de contacto donde la ciudadanía puede obtener información acerca de trámites, servicios, planes, programas, proyectos y eventos que desarrolla la ESE, al igual permite formular peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, consultas y felicitaciones; se cuenta con la Línea de Atención a la Ciudadanía

**CANAL VIRTUAL.** Permite la interacción entre la Administración Departamental y sus clientes ciudadanos, con el fin de brindar y recibir información a través de medios que no exigen su presencia. Utiliza tecnologías de información y comunicación en red mediante el portal web: [www.lamaria.gov.co](http://www.lamaria.gov.co) y correos electrónicos.

**DISPONIBILIDAD.** Atributo de la información que asegura que los usuarios autorizados pueden acceder a la información cuando la necesitan. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

**FELICITACIONES.** Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de los servicios prestados.

**MANIFESTACIÓN.** Son todas aquellas declaraciones mediante las cuales el usuario da a conocer sus necesidades y su percepción sobre el servicio recibido.

**OTRO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (OPA).** Conjunto de requisitos, pasos o acciones dentro de un proceso misional, que determina una entidad u organismo de administración pública

o particular que ejerce funciones administrativas, para permitir el acceso de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés a los beneficios derivados de programas o estrategias cuya creación, adopción e implementación es potestativa de la entidad.

**PETICIÓN.** Solicitud a través de la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

**QUEJA.** Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.

**RECLAMO.** Solicitud a través de la cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sector Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

**RECLAMO DE RIESGO SIMPLE.** Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector.

**RECLAMO DE RIESGO PRIORIZADO.** Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.

**RECLAMO DE RIESGO VITAL.** Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición y del derecho

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO.** Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos, necesidades y expectativas.

**SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES (SCD).** Es el conjunto de soluciones y procesos transversales que brindan al Estado capacidades y eficiencias para su transformación digital y para lograr una adecuada interacción con los usuarios, garantizando el derecho a la utilización de medios electrónicos ante la administración pública. Estos servicios se clasifican en servicios base y servicios especiales. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

**SERVICIOS DIGITALES.** Servicios que se encuentran implementados para ser utilizados por parte de los usuarios a través de medios digitales. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

**SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.** Es deber de todas las entidades brindar atención integral



al usuario de la salud y ésta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

**SUGERENCIA.** Se refiere a la acción de proponer ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o al desempeño de funciones.

**TRÁMITE.** Conjunto de requisitos, pasos o acciones reguladas por el Estado, dentro de un proceso misional, que deben efectuar los usuarios o grupos de interés ante una entidad u organismo de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para acceder a un derecho, ejercer una actividad o cumplir con una obligación, prevista o autorizada en la ley. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

**TRÁMITES Y OPA AUTOMATIZADOS.** Son aquellos trámites y otros procedimientos administrativos totalmente en línea, cuya gestión al interior de la autoridad se realiza haciendo uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, sin requerir la intervención humana. (Resolución 2893 de 2020, Guía 5).

**USUARIO.** Se refiere a los usuarios que acceden y son atendidos en los diferentes servicios de salud del Hospital.

## 2.EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO

Para realizar el ejercicio de seguimiento la Oficina de Control Interno – OCI solicita al proceso de Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU la información correspondiente al IV Trimestre de 2025.

Una vez recibida la evidencia y soportes de la gestión, se procede a su verificación y validación, conforme con los parámetros requeridos en la solicitud de la OCI, obteniéndose lo que se expone a continuación.

### 2.1. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

#### Revisión de Canales de atención

Para la gestión de las PQRSDF, la entidad cuenta con los canales que se relacionan en el Cuadro N°1. a través de los cuales facilita al usuario la gestión de sus solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. Estos canales están definidos en la información documentada del proceso SIAU.

| CANAL      |        | SEDE PRINCIPAL<br>CASTILLA                                               | SEDE AMBULATORIA<br>SAN DIEGO           |
|------------|--------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Presencial |        | Oficina SIAU ubicada en el primer piso de la nueva torre administrativa. | Oficina SIAU ubicada en el primer piso. |
| Telefónico |        | 6044447192 Ext. 0                                                        | Línea amiga WhatsApp<br>3218743002      |
|            |        | 018004133626                                                             |                                         |
| Virtual    | Correo | usuarios@lamaria.gov.co                                                  | siausedeambulatoria@lamaria.gov.co      |

|         |            |                                                                                                                 |                                                                                    |
|---------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|         | Página web | <a href="https://lamaria.gov.co/pqrsd/">https://lamaria.gov.co/pqrsd/</a>                                       |                                                                                    |
|         |            | <a href="https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/">https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/</a> |                                                                                    |
|         |            | <a href="https://lamaria.gov.co/contacto/">https://lamaria.gov.co/contacto/</a>                                 |                                                                                    |
| Buzones |            | 19                                                                                                              | 05                                                                                 |
| Físico  |            | Escritos, correspondencia o documentos.                                                                         | Escritos, correspondencia o documentos.                                            |
|         |            | Comentarios registrados en las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios.                              | Comentarios registrados en las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios. |

*Cuadro N°1. Canales de atención SIAU. Fuente: SIAU. Elaboró: OCI*

Al validar y revisar el funcionamiento de los diferentes canales de comunicación, se encuentra que están en uso y en funcionamiento, así:

### Canal presencial

Para la ejecución de las actividades propias del SIAU, el proceso cuenta con un equipo humano conformado por personal idóneo que reúne los requisitos de formación y experiencia acorde con las funciones que va a desempeñar. El equipo se encuentra constituido por TRES funcionarias, asignadas en la sede de castilla y DOS funcionarias asignadas en la sede San Diego.

El horario para brindar una atención personalizada está establecido acorde con las necesidades de los usuarios para los servicios habilitados.

| SEDE                  | HORARIO<br>LUNES A VIERNES | HORARIO<br>SÁBADOS |
|-----------------------|----------------------------|--------------------|
| Principal Castilla    | 07:00 a 17:00              | N. A.              |
| Ambulatoria San Diego | 07:00 a 17:00              | 08:00 a 13:00      |

*Cuadro N°2. Horario de atención SIAU. Fuente: Página web institucional y SIAU. Elaboró: OCI*

Se logra evidenciar que el horario de atención de las oficinas se encuentra debidamente publicado en lugares visibles y se promueve por los diferentes medios institucionales: pantallas de turno, carteleras físicas, entre otros.

Para el seguimiento, se verificó que las Oficinas de Atención al Usuario se encuentran efectivamente ubicadas en un sitio de fácil acceso al público en cada una de las sedes, debidamente identificadas y con una infraestructura que es adecuada para el acceso de personas en condición de discapacidad.

Para facilitar la entrega de información a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución, así como del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se logra evidenciar que en ambas sedes se promueve el uso de los mecanismos de participación ciudadana como buzones, oficina de atención al usuario, encuestas de satisfacción, asociación de usuarios, etc., valiéndose de diferentes estrategias que son programadas y ejecutadas en el marco del plan de acción de la Política Pública de Participación Social – PPPSS.

### Canal Telefónico

La institución cuenta con una línea telefónica institucional la cual dispone opciones para el acceso a las áreas y servicios por medio de un menú o conociendo el número de la extensión.

## Canal Virtual

Correo. Los correos electrónicos son revisados y gestionados de forma permanente.

Página web. En la página web de la institución se encuentran activos los sitios:

- ✓ <https://lamaria.gov.co/contacto/>. En el menú CONTACTO donde se disponen los datos de contacto de Sede Castilla y Sede San Diego, ofreciendo la opción de dejar el mensaje.
- ✓ <https://lamaria.gov.co/encuesta-de-satisfaccion/>. En el menú ATENCIÓN AL CIUDADANO, Encuesta de Satisfacción, se dispone un formulario que puede ser diligenciado desde cualquier dispositivo y lugar. Este formulario coincide con el formato de Encuesta de Satisfacción estandarizado en Calidad y vigente.
- ✓ <https://lamaria.gov.co/pqrsd/>. En el menú ATENCIÓN AL CIUDADANO, donde se responden algunas preguntas frecuentes y, en los botones se tienen las opciones: “Ver políticas de tratamiento de datos”, acceso directo a la sección “Informes de Gestión, Evaluación y Auditoría”, “Formular PQRSDF” y, “Ver estado de mi PQRSDF”, enlace por el cual los usuarios pueden radicar y consultar el estado de su PQRSDF.

## Buzones

Están distribuidos en los servicios asistenciales donde se disponen los formatos para que el usuario pueda consignar su percepción del servicio. Para garantizar la gestión transparente en la apertura y seguimiento de este canal, se hace recorrido por los buzones dos veces a la semana los martes y los jueves, en compañía de los miembros de la Asociación de Usuarios en la Sede Castilla.

## 2.2 GESTION DE PQRSFD

### INFORME CUARTO PERIODO 2025 DE LAS PETICIONES, QUEJAS, Y FELICITACIONES.

Durante el último trimestre del año 2025 se mantuvo un nivel elevado de manifestaciones ciudadanas. En octubre se registraron 388 manifestaciones, cifra que aumentó en noviembre hasta 419, constituyendo el punto más alto del trimestre. Posteriormente, en diciembre se observó una disminución a 320 manifestaciones, aunque el volumen se mantuvo significativo. En conjunto, el trimestre evidenció una alta intensidad de movilización social, con un pico en noviembre y una moderación hacia el cierre del año.

En su mayoría, las manifestaciones estuvieron asociadas a inconformidades por la falta de oportunidad en la asignación de citas y a demoras en la atención y respuesta del call center, lo cual impactó negativamente en la percepción del servicio por parte de los usuarios.

#### Octubre:

Durante el mes de octubre, en la sede Castilla se recibieron un total de 393 PQR, discriminadas de la siguiente manera: 374 peticiones, 14 quejas, 0 reclamos, 0 sugerencias y 5 felicitaciones.

Los canales de recepción utilizados fueron: buzones físicos, atención presencial, correo electrónico, página web institucional y aplicaciones de las aseguradoras. No se registraron PQR a través de redes sociales.

En relación con la distribución por canal, se recibieron 10 PQR por buzones, 9 de manera presencial y 374 a través de correo electrónico, aplicaciones de las aseguradoras y página web, siendo estos últimos los de mayor participación. Cabe destacar que la mayoría de las PQR recibidas por correo electrónico y aplicaciones fueron remitidas por las aseguradoras.

#### Conclusiones – Mes de octubre (Sede Castilla)

Durante el mes de octubre se evidenció un alto volumen de PQR, predominando de manera significativa las peticiones, lo que refleja una mayor demanda de información y solicitudes por parte de los usuarios, más que inconformidades relacionadas con la prestación del servicio.

Se identificó que el principal canal de recepción fue el correo electrónico, la página web y las aplicaciones de las aseguradoras, lo cual indica una preferencia por los medios digitales, especialmente por parte de las aseguradoras, quienes concentraron la mayoría de las comunicaciones recibidas.

El bajo número de quejas y la ausencia de reclamos y sugerencias sugieren un nivel de satisfacción aceptable con los servicios prestados en la sede Castilla durante el período



evaluado, complementado por la recepción de felicitaciones, que evidencian reconocimiento positivo por parte de algunos usuarios.

Finalmente, la concentración de las PQR en las áreas de servicio de la sede Castilla permite una mejor identificación de oportunidades de mejora, mientras que la estructura del programa ambulatorio limita la dispersión de la información por áreas, lo cual debe ser considerado en futuros análisis.

### **Informe de Oportunidad de Respuesta – Octubre**

Durante el mes de octubre de 2025, el tiempo promedio de respuesta a las PQR fue de 1,9 días, lo cual representa un resultado altamente favorable. Este desempeño se encuentra significativamente por debajo del tiempo máximo de respuesta establecido de 15 días hábiles, evidenciando el cumplimiento oportuno y eficiente en la atención de las solicitudes recibidas.

#### **Noviembre:**

Durante el mes de noviembre, se recibieron un total de 429 PQR, discriminadas de la siguiente manera: 389 peticiones, 30 quejas, 0 reclamos, 0 sugerencias, 0 denuncias y 10 felicitaciones.

Los canales de recepción utilizados fueron: buzones físicos, atención presencial, correo electrónico, página web institucional y aplicaciones de las aseguradoras. No se registraron PQR a través de redes sociales.

En relación con la distribución por canal, se recibieron 18 PQR por buzones, 12 de manera presencial y 399 a través de correo electrónico, página web y aplicaciones de las aseguradoras, siendo estos últimos los de mayor participación. Cabe destacar que la mayoría de las PQR recibidas por correo electrónico y aplicaciones fueron remitidas por las aseguradoras.

#### **Conclusiones – Mes de noviembre**

Durante el mes de noviembre se evidenció un alto volumen de PQR, predominando de manera significativa las peticiones, lo que refleja una mayor demanda de información y solicitudes por parte de los usuarios, más que inconformidades relacionadas con la prestación del servicio.

Se identificó que el principal canal de recepción fue correo electrónico, página web y aplicaciones de las aseguradoras, lo cual indica una preferencia por los medios digitales, especialmente por parte de las aseguradoras, quienes concentraron la mayoría de las comunicaciones recibidas.

El bajo número de quejas y la ausencia de reclamos, sugerencias y denuncias sugieren un nivel de satisfacción aceptable con los servicios prestados durante el período evaluado,

complementado por la recepción de felicitaciones, que evidencian reconocimiento positivo por parte de algunos usuarios.

### **Informe de Oportunidad de Respuesta – Noviembre**

Finalmente, la concentración de las PQR en los canales digitales permite una mejor identificación de oportunidades de mejora, mientras que la estructura actual de recepción facilita la centralización de la información, lo cual debe ser considerado en futuros análisis.

Durante el mes de noviembre se registraron 419 PQR, de las cuales 250 fueron gestionadas dentro del término establecido de 15 días, conforme a la normativa vigente. Esto representa un indicador de oportunidad de respuesta de 1,7, el cual evidencia el comportamiento del proceso de atención durante el período evaluado.

Al comparar este resultado con el mes inmediatamente anterior, se observa una mejora en la oportunidad de respuesta, dado que en octubre el indicador se situó en 1,9, lo que refleja un avance en la capacidad de gestión y respuesta institucional, pese al incremento en el volumen de PQR recibidas.

El comportamiento del mes de noviembre muestra que, a pesar de presentar uno de los volúmenes más altos de PQR del año, se logró mantener un nivel de cumplimiento relevante en los tiempos de respuesta, lo cual evidencia esfuerzos operativos orientados a garantizar la atención oportuna de los requerimientos de los usuarios.

No obstante, el indicador aún refleja oportunidades de mejora, especialmente en la optimización de los tiempos de gestión interna y en la priorización de los casos de mayor complejidad, con el fin de continuar fortaleciendo el cumplimiento de los plazos establecidos.

En conclusión, la oportunidad de respuesta del mes de noviembre se mantuvo en un nivel aceptable, mostrando una tendencia favorable frente al mes anterior y sentando bases para la mejora continua del proceso de atención de PQR en los períodos siguientes.

### **Diciembre:**

Durante el mes de diciembre, en la sede Castilla se recibieron un total de 320 PQR, de las cuales 288 correspondieron a peticiones, evidenciando nuevamente el predominio de este tipo de requerimientos. Las demás categorías (quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones) representaron una proporción menor del total recibido.

Los canales de recepción utilizados fueron: buzones físicos, atención presencial, correo electrónico, página web institucional y aplicaciones de las aseguradoras. Al igual que en meses anteriores, no se registraron PQR a través de redes sociales.

En cuanto a la distribución por canal, se identificó que la mayor parte de las PQR fueron

recibidas a través de medios digitales, especialmente por correo electrónico, página web y aplicaciones de las aseguradoras, las cuales concentraron la mayoría de las comunicaciones, principalmente remitidas por las aseguradoras.

## **Conclusiones – Mes de diciembre**

Durante el mes de diciembre se mantuvo un volumen significativo de PQR, aunque con una reducción frente a los meses anteriores, lo que puede asociarse a la estacionalidad de cierre de año. Al igual que en octubre, se evidenció un claro predominio de las peticiones, lo cual indica que las solicitudes de información y gestión continúan siendo la principal necesidad de los usuarios. La preferencia por los canales digitales se mantuvo como una tendencia consolidada, facilitando la recepción y gestión de las PQR, particularmente aquellas remitidas por las aseguradoras. La baja participación de quejas, junto con la limitada presencia de otros tipos de requerimientos, sugiere un nivel de satisfacción estable respecto a los servicios prestados en la sede Castilla durante el período evaluado. Finalmente, la concentración de las PQR en las áreas de servicio permite continuar fortaleciendo la identificación de oportunidades de mejora y optimizar la gestión de la información para futuros análisis.

## **Informe de Oportunidad de Respuesta – Diciembre**

Durante el mes de diciembre se registraron 320 PQR, de las cuales 288 fueron atendidas dentro del término establecido de 15 días, de acuerdo con la normativa vigente. Este comportamiento se refleja en un indicador de oportunidad de respuesta de 1,1, evidenciando un desempeño favorable del proceso de atención durante el período evaluado.

En comparación con el mes de noviembre, se observa una mejora significativa en la oportunidad de respuesta, ya que el indicador pasó de 1,7 a 1,1, lo que demuestra una mayor eficiencia en la gestión de las PQR, aun cuando se mantuvo un volumen relevante de solicitudes.

El resultado alcanzado en diciembre evidencia un fortalecimiento en la capacidad operativa y en la organización de los procesos internos, permitiendo responder oportunamente a la mayoría de los requerimientos dentro de los plazos establecidos. Este desempeño puede asociarse, entre otros factores, a la optimización de los flujos de trabajo y a una mejor priorización de los casos.

En conclusión, la oportunidad de respuesta del mes de diciembre se ubicó en un nivel satisfactorio, reflejando una mejora sustancial frente a meses anteriores y cerrando el año con un desempeño positivo en la gestión de PQR. No obstante, se recomienda mantener y reforzar las estrategias implementadas, con el fin de asegurar la sostenibilidad de estos resultados en los períodos siguientes.

## **Análisis del Último Trimestre (Octubre – Diciembre)**

Durante el último trimestre del año se registró un alto volumen de PQRS, concentrándose principalmente en los meses de octubre (393), noviembre (429) y diciembre (328), siendo noviembre el mes con mayor número de requerimientos del trimestre.

### **Composición por tipo de PQRS**

En los tres meses analizados se evidenció un predominio significativo de las peticiones, las cuales representaron más del 90 % del total mensual:

Octubre: 374 peticiones (95,2 %)

Noviembre: 389 peticiones (90,7 %)

Diciembre: 299 peticiones (91,2 %)

Este comportamiento indica que la mayoría de las PQRS estuvieron asociadas a solicitudes de información, trámites y requerimientos administrativos, más que a manifestaciones de inconformidad.

Las quejas presentaron una participación baja y controlada durante el trimestre:

Octubre: 14 quejas (3,6 %)

Noviembre: 30 quejas (7,0 %)

Diciembre: 20 quejas (6,1 %)

Aunque se observa un leve incremento en noviembre, el porcentaje se mantiene en niveles moderados frente al total de PQRS, lo que sugiere un nivel aceptable de satisfacción con los servicios prestados.

Otros tipos de requerimientos

### **Durante el trimestre:**

No se registraron reclamos, sugerencias ni denuncias, lo cual refleja una baja incidencia de inconformidades formales o reportes críticos.

Se recibieron felicitaciones en los tres meses:

Octubre: 5 (1,3 %)

Noviembre: 10 (2,3 %)

Diciembre: 9 (2,7 %)

La presencia constante de felicitaciones evidencia reconocimiento positivo por parte de los usuarios, especialmente en noviembre y diciembre.

### **Conclusiones del trimestre**

En conclusión, el último trimestre del año se caracterizó por:

Un alto volumen de PQRS, con pico en noviembre.

Un claro predominio de las peticiones, superiores al 90 % del total mensual. Baja proporción de quejas y ausencia de reclamos, sugerencias y denuncias.

Presencia sostenida de felicitaciones, que refuerzan la percepción positiva del servicio.

Este comportamiento permite inferir una gestión estable y controlada de la atención al usuario, así como una adecuada canalización de las solicitudes, constituyéndose en una base favorable para el cierre del año y la planificación de acciones de mejora para el período siguiente.

En meses previos, especialmente entre marzo y septiembre, el porcentaje de quejas fue significativamente más alto (por encima del 40%), con un marcado descenso en octubre y noviembre.

Las peticiones aumentaron notablemente en octubre y noviembre, superando el 90%, mientras que en meses anteriores fluctuaban ampliamente, incluso cayendo por debajo del 30% en algunos meses.

El volumen total de PQR en octubre y noviembre es alto, aunque menor que el pico de febrero (597), pero con una mejor calidad en la atención (menos quejas y reclamos).

### **Comparación del Último Trimestre frente a Meses Anteriores Volumen total**

#### **de PQRS**

Al comparar el último trimestre con los meses previos del año, se evidencia un incremento significativo en el volumen de PQRS, especialmente en octubre (393) y noviembre (429), cifras superiores a las registradas entre abril y septiembre, donde los totales mensuales oscilaron entre 162 y 236 PQRS.

Este aumento refleja una mayor demanda de atención y gestión institucional durante el cierre del año, con un pico marcado en noviembre, seguido de una disminución en diciembre (328), aunque manteniéndose por encima del promedio de los meses intermedios del año.

#### **Comportamiento por tipo de PQRS**

Durante los meses anteriores al último trimestre se observó una mayor variabilidad en la composición de las PQRS, particularmente en la proporción de quejas:

Entre marzo y septiembre, las quejas representaron entre 46 % y 66 % del total mensual, superando en varios meses a las peticiones.

En contraste, durante octubre–diciembre las quejas disminuyeron de manera significativa, ubicándose entre 3,6 % y 7,0 %, mientras que las peticiones superaron el 90 % del total mensual.

Este cambio evidencia una mejora en la percepción del servicio o en la resolución de inconformidades, así como una mayor concentración en solicitudes de información y trámites administrativos.

#### **Reclamos, sugerencias y denuncias**

En los meses previos se registró la presencia de:

Reclamos (especialmente entre marzo y junio), Sugerencias (con picos relevantes en



marzo), y algunas denuncias aisladas.

Durante el último trimestre, estos tipos de PQRS no se presentaron, lo que marca una reducción en la complejidad y criticidad de los requerimientos recibidos frente a meses anteriores.

### Felicitaciones

Las felicitaciones se mantuvieron de forma constante a lo largo del año; sin embargo, en el último trimestre su proporción fue estable y ligeramente superior en comparación con varios meses anteriores, lo que refuerza la percepción positiva del servicio durante el cierre del año.

### Conclusión comparativa

En conclusión, frente a los meses anteriores, el último trimestre del año se caracterizó por: Un mayor volumen total de PQRS, especialmente en octubre y noviembre.

Un cambio positivo en la composición, con predominio claro de peticiones y reducción significativa de quejas.

Ausencia de reclamos, sugerencias y denuncias, en contraste con meses previos donde sí se presentaron

Una estabilidad en las felicitaciones, como indicador de satisfacción.

Este comportamiento sugiere una evolución favorable en la gestión de la atención al usuario, con mejoras en la calidad del servicio y una mayor orientación a la atención de solicitudes informativas y administrativas durante el cierre del año.

## 1. Quejas por Trato del Personal

En relación con las quejas vinculadas al trato del personal asistencial o administrativo, cada caso fue gestionado directamente con los líderes de las áreas involucradas. Se expusieron y analizaron detenidamente las situaciones con los responsables, quienes informaron sobre las acciones disciplinarias adoptadas. Además, conscientes de que **trabajamos con amor por la vida**, se remitió una solicitud a Gestión Humana para fortalecer los procesos de capacitación en la política de humanización de la institución, con el fin de prevenir futuras situaciones y promover un trato respetuoso y cercano hacia los usuarios.

### Conclusión General

Durante los meses de octubre y noviembre de 2025, la gestión de PQR en la sede Castilla mostró un desempeño destacado, caracterizado por un alto volumen de peticiones que representaron más del 90% del total de manifestaciones recibidas. Este predominio de solicitudes indica una creciente demanda de información y trámites por parte de los usuarios, lo que resalta la importancia de en relación con las quejas vinculadas al trato del personal asistencial o administrativo, cada caso fue gestionado directamente con los

líderes de las áreas involucradas. Se expusieron y analizaron detenidamente las situaciones con los responsables, quienes informaron sobre las acciones disciplinarias adoptadas. Además, conscientes de que **trabajamos con amor por la vida**, se remitió una solicitud a Gestión Humana para fortalecer los procesos de capacitación en la política de humanización de la institución, con el fin de prevenir futuras situaciones y promover un trato respetuoso y cercano hacia los usuarios. mantener canales de atención eficientes y accesibles.

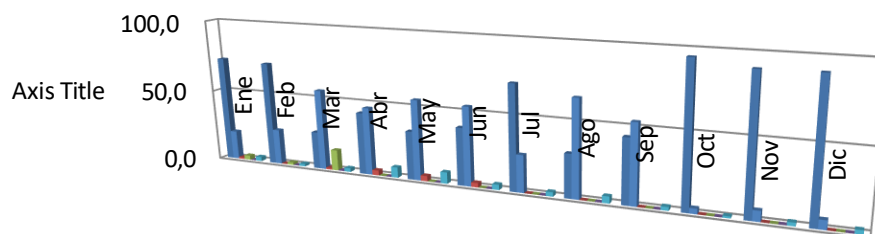
El porcentaje de quejas se redujo significativamente en comparación con meses anteriores, situándose en niveles mínimos (3.6% en octubre y 7.0% en noviembre), mientras que reclamos, sugerencias y denuncias estuvieron ausentes en ambos meses.

Esto refleja un nivel de satisfacción general aceptable y una adecuada gestión del servicio. Además, el aumento en la recepción de felicitaciones en noviembre evidencia un reconocimiento positivo de la atención brindada. El mantenimiento de tiempos de respuesta ágiles y eficientes contribuyó a esta percepción favorable y al cumplimiento de los estándares establecidos.

En síntesis, el periodo evaluado evidencia una atención oportuna, un manejo eficiente de las solicitudes y una satisfacción creciente de los usuarios, lo que representa un avance significativo en la calidad del servicio y una base sólida para seguir optimizando los procesos de atención en la sede Castilla.

| Mes | P   | %<br>Petición<br>es | Q   | %<br>Quejas | R | %Recl<br>a<br>mos | S  | %Su<br>g<br>eren<br>cias | D | %De<br>n<br>unci<br>o<br>as | F    | %Felicit<br>aciones | TOTAL<br>PQRS |
|-----|-----|---------------------|-----|-------------|---|-------------------|----|--------------------------|---|-----------------------------|------|---------------------|---------------|
| Ene | 250 | 72,9                | 69  | 20,1        | 4 | 1,2               | 10 | 2,9                      | 0 | 0,0                         | 10   | 2,9                 | 343           |
| Feb | 428 | 71,7                | 146 | 24,5        | 2 | 0,3               | 10 | 1,7                      | 1 | 0,2                         | 10   | 1,7                 | 597           |
| Mar | 90  | 25,9                | 194 | 55,7        | 4 | 1,1               | 50 | 14,4                     | 1 | 0,3                         | 9    | 2,6                 | 348           |
| Abr | 89  | 42,8                | 97  | 46,6        | 7 | 3,4               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 15   | 7,2                 | 208           |
| May | 64  | 33,3                | 106 | 55,2        | 7 | 3,6               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 15   | 7,8                 | 192           |
| Jun | 65  | 39,4                | 89  | 53,9        | 5 | 3,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 6    | 3,6                 | 165           |
| Jul | 169 | 71,6                | 60  | 25,4        | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 7    | 3,0                 | 236           |
| Ago | 51  | 29,7                | 113 | 65,7        | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 8    | 4,7                 | 172           |
| Sep | 71  | 43,8                | 87  | 53,7        | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 4    | 2,5                 | 162           |
| Oct | 374 | 95,2                | 14  | 3,6         | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 5,0  | 1,3                 | 393           |
| Nov | 389 | 90,7                | 30  | 7,0         | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 10,0 | 2,3                 | 429           |
| Dic | 299 | 91,2                | 20  | 6,1         | 0 | 0,0               | 0  | 0,0                      | 0 | 0,0                         | 9,0  | 2,7                 | 328           |

### Clasificación PQRSDF 2025



|              | Ene  | Feb  | Mar  | Abr  | May  | Jun  | Jul  | Ago  | Sep  | Oct  | Nov  | Dic  |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Peticiones | 72,9 | 71,7 | 25,9 | 42,8 | 33,3 | 39,4 | 71,6 | 29,7 | 43,8 | 95,2 | 90,7 | 91,2 |
| % Quejas     | 20,1 | 24,5 | 55,7 | 46,6 | 55,2 | 53,9 | 25,4 | 65,7 | 53,7 | 3,6  | 7,0  | 6,1  |
| %Reclamos    | 1,2  | 0,3  | 1,1  | 3,4  | 3,6  | 3,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Sugerencias | 2,9  | 1,7  | 14,4 | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Denuncias   | 0,0  | 0,2  | 0,3  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Felicidades | 2,9  | 1,7  | 2,6  | 7,2  | 7,8  | 3,6  | 3,0  | 4,7  | 2,5  | 1,3  | 2,3  | 2,7  |

## Informe de Oportunidad de Respuesta – Gestión de PQR

La oportunidad de respuesta constituye un indicador fundamental para evaluar la eficiencia en la atención de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQR), en cumplimiento de los plazos establecidos de 15 días conforme a la normatividad vigente.

### Comportamiento general del indicador

Durante el período analizado se evidenció un comportamiento variable en la oportunidad de respuesta, influenciado principalmente por el volumen mensual de PQR recibidas. En los primeros meses del año, especialmente en febrero, se presentó el mayor nivel de afectación del indicador (3,2), asociado al alto número de solicitudes registradas. A partir del segundo semestre, el indicador mostró una tendencia progresiva a la estabilización, con valores cercanos a 1,5.

### Análisis del último trimestre (octubre–diciembre)

En el último trimestre del año se observó una mejora significativa en la oportunidad de respuesta, pese al incremento en el volumen de PQR:

- **Octubre:**  
Se registraron 388 PQR, de las cuales 204 fueron respondidas dentro del término, con un indicador de oportunidad de **1,9**.
- **Noviembre:**

Con 419 PQR recibidas y 250 atendidas oportunamente, el indicador mejoró a **1,7**, evidenciando avances en la gestión del proceso de respuesta frente a un mayor volumen de solicitudes.

Este comportamiento refleja un fortalecimiento progresivo en la capacidad operativa y organizacional, permitiendo optimizar los tiempos de respuesta y cerrar el año con un desempeño positivo.

## Conclusiones

- La oportunidad de respuesta mostró una mejora sostenida durante el segundo semestre, consolidándose de manera significativa en el último trimestre.
- A pesar del alto volumen de PQR en octubre y noviembre, se logró una reducción gradual del indicador, alcanzando niveles satisfactorios en diciembre.
- El cumplimiento de los tiempos de respuesta contribuyó de manera directa a la percepción positiva del servicio, reflejada en la baja proporción de quejas y en la presencia de felicitaciones.
- Las estrategias implementadas para la gestión y priorización de PQR demostraron ser efectivas y constituyen una base sólida para la mejora continua.

## Recomendaciones

- Mantener y fortalecer las acciones que permitieron mejorar la oportunidad de respuesta en el último trimestre.
- Continuar optimizando los flujos internos de gestión, especialmente en meses de alta demanda.
- Realizar seguimiento periódico al indicador para garantizar su sostenibilidad y cumplimiento normativo



| Mes | Numerador | Denominador | Valor | Meta |
|-----|-----------|-------------|-------|------|
| Ene | 333       | 250         | 1,3   | 15   |
| Feb | 577       | 180         | 3,2   | 15   |
| Mar | 289       | 280         | 1,0   | 15   |
| Abr | 212       | 100         | 2,1   | 15   |
| May | 178       | 110         | 1,6   | 15   |
| Jun | 173       | 105         | 1,6   | 15   |
| Jul | 229       | 150         | 1,5   | 15   |
| Ago | 164       | 110         | 1,5   | 15   |
| Sep | 158       | 100         | 1,6   | 15   |
| Oct | 388       | 204         | 1,9   | 15   |
| Nov | 419       | 250         | 1,7   | 15   |
| Dic | 320       | 288         | 1,1   | 15   |



## SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS

La medida Estadística que se estableció para realizar las encuestas es: el universo se proyecta con la población atendida del mes anterior de acuerdo con los Servicios de: Consulta Externa y Hospitalización.

- Error: 5%
- Porcentaje Estimado 5 – 95%
- Nivel deseado de Confianza: 95%

### ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?

A lo largo del período evaluado, la institución ha mantenido un alto porcentaje de usuarios que recomendarían sus servicios a familiares y amigos, superando de manera consistente la meta institucional establecida del 90 %.

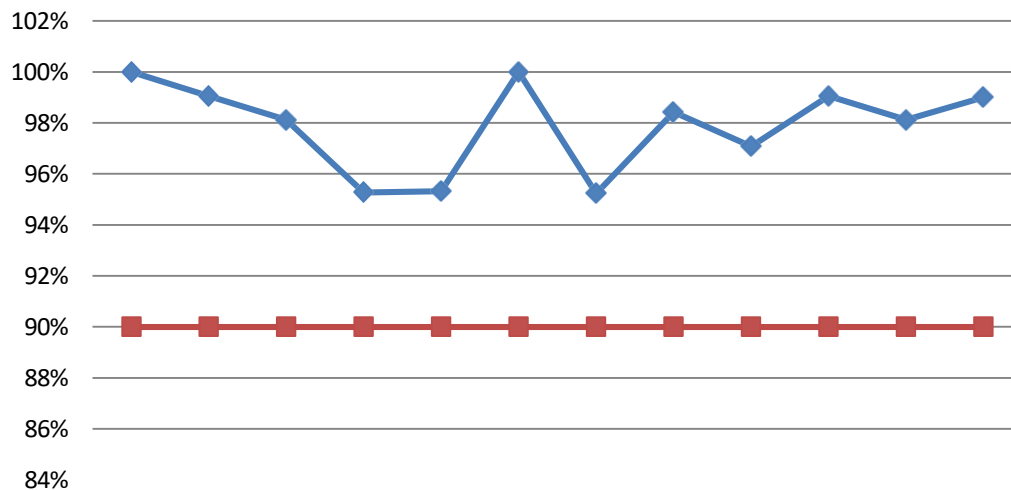
- Durante los primeros meses del año (enero a junio), los niveles de satisfacción y recomendación fueron especialmente altos, alcanzando un 100 % en enero y junio, y manteniéndose en un mínimo del 95 % en abril y mayo, lo que evidencia una percepción favorable y estable del servicio.
- En el segundo semestre, aunque se observa una mayor proporción de respuestas en la categoría “Probablemente Sí”, particularmente en los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre, el porcentaje total de satisfacción se mantuvo elevado, oscilando entre 97 % y 99 %. Este comportamiento indica que, si bien algunos usuarios expresan una recomendación con mayor cautela, la valoración general del servicio continúa siendo positiva.
- Los meses de octubre, noviembre y diciembre reflejan de manera particular un sólido nivel de recomendación, con porcentajes de satisfacción del 99 %, 98 % y 99 %, respectivamente, superando ampliamente la meta institucional y consolidando una percepción favorable hacia el cierre del año.
- La baja incidencia de respuestas negativas (“Definitivamente No” y “Probablemente No”) durante todo el período evaluado refuerza la confianza, credibilidad y buena reputación de la institución entre los usuarios.

## Conclusión

La institución cuenta con una sólida reputación y un alto nivel de confianza por parte de los usuarios, quienes en su mayoría estarían dispuestos a recomendar sus servicios a familiares y amigos, incluyendo el cierre del año con resultados sobresalientes en diciembre. Mantener y fortalecer esta percepción positiva debe continuar siendo un objetivo prioritario, orientado a garantizar la calidad, humanización y satisfacción en la atención brindada.

| Mes | Definit<br>iv<br>Si | Prob<br>ab<br>Si | Definit<br>iv<br>No | Prob<br>ab<br>No | No<br>resp | Total | % DE<br>SATISFA<br>C | Meta |
|-----|---------------------|------------------|---------------------|------------------|------------|-------|----------------------|------|
| Ene | 109                 | 10               | 0                   | 0                | 0          | 119   | 100%                 | 90%  |
| Feb | 103                 | 2                | 0                   | 0                | 1          | 106   | 99%                  | 90%  |
| Mar | 102                 | 3                | 1                   | 1                | 0          | 107   | 98%                  | 90%  |
| Abr | 90                  | 11               | 3                   | 2                | 0          | 106   | 95%                  | 90%  |
| May | 85                  | 17               | 3                   | 2                | 0          | 107   | 95%                  | 90%  |
| Jun | 100                 | 3                | 0                   | 0                | 0          | 103   | 100%                 | 90%  |
| Jul | 80                  | 20               | 1                   | 1                | 3          | 105   | 95%                  | 90%  |
| Ago | 40                  | 85               | 1                   | 1                | 0          | 127   | 98%                  | 90%  |
| Sep | 30                  | 70               | 0                   | 2                | 1          | 103   | 97%                  | 90%  |
| Oct | 25                  | 80               | 1                   | 0                | 0          | 106   | 99%                  | 90%  |
| Nov | 15                  | 90               | 2                   | 0                | 0          | 107   | 98%                  | 90%  |
| Dic | 17                  | 82               | 0                   | 1                | 0          | 100   | 99%                  | 90%  |

**Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos 2025**



|               | Ene   | Feb | Mar | Abr | May | Jun   | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---------------|-------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| % DE SATISFAC | 100 % | 99% | 98% | 95% | 95% | 100 % | 95% | 98% | 97% | 99% | 98% | 99% |
| Meta          | 90%   | 90% | 90% | 90% | 90% | 90%   | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |

## ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?

Durante el periodo evaluado, la mayoría de los usuarios calificó su experiencia con los servicios de la institución de manera positiva, cumpliendo o acercándose a la meta institucional de satisfacción del 95%.

### Análisis mensual:

- **Enero y febrero:** Se registró un 100% de satisfacción, con predominio de las categorías “Muy buena” y “Buena”.
- **Marzo:** La satisfacción se mantuvo alta (93%), aunque se observaron algunas respuestas “Regulares” que redujeron ligeramente el porcentaje.
- **Abril:** Se registró un mínimo del 91%, reflejando un pequeño aumento en experiencias menos favorables.
- **Mayo a septiembre:** La satisfacción osciló entre 94% y 97%, con predominio de calificaciones “Muy buena” y “Buena”.
- **Octubre:** Descenso leve a 92%, por incremento en calificaciones “Regulares”, “Mala” y “Muy mala”.
- **Noviembre:** Recuperación a 96%, reafirmando la percepción positiva de los usuarios.
- **Diciembre:** Se registró un 92% de satisfacción, con algunas calificaciones negativas y respuestas “No respondidas”, manteniéndose cerca de la meta institucional.
- 

### Distribución de las calificaciones:

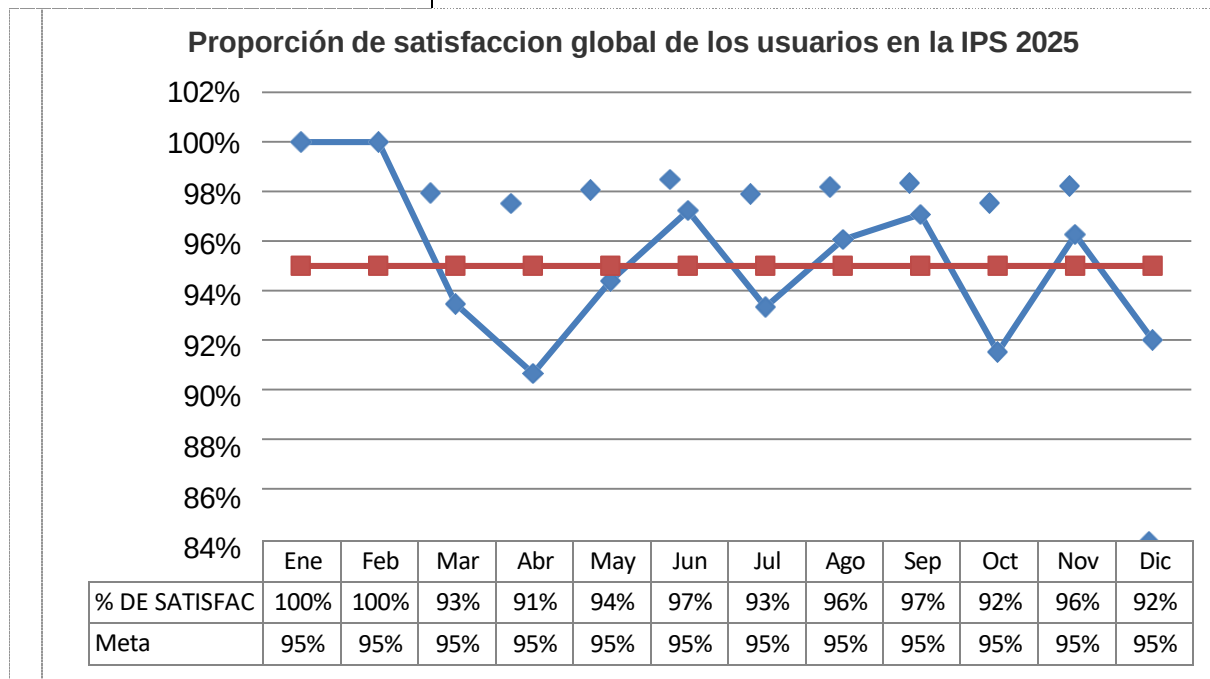
- La mayoría de los usuarios seleccionó “Buena” como valoración principal, seguido por “Muy buena”, indicando un sólido nivel de aceptación del servicio.
- Las calificaciones negativas (“Mala” y “Muy mala”) se mantuvieron bajas durante todo el año, con algunos meses sin registros de estas categorías.
- La categoría “Regular” mostró mayor variabilidad, representando un área de oportunidad para mejorar y transformar experiencias neutras en positivas.

### Conclusión:

La percepción general sobre la experiencia con los servicios de la institución es favorable y se mantiene dentro de los parámetros esperados. Sin embargo, los incrementos puntuales en calificaciones “Regulares” y negativas, como en octubre y diciembre, resaltan la necesidad de continuar con acciones de mejora continua, con el objetivo de asegurar una experiencia cada vez más satisfactoria y cercana a la excelencia.

| Mes | Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala | No resp | TOTAL | % DE SATISFAC | Meta |
|-----|-----------|-------|---------|------|----------|---------|-------|---------------|------|
| Ene | 3         | 116   | 0       | 0    | 0        | 0       | 119   | 100%          | 95%  |
| Feb | 104       | 2     | 0       | 0    | 0        | 0       | 106   | 100%          | 95%  |
| Mar | 0         | 100   | 7       | 0    | 0        | 0       | 107   | 93%           | 95%  |
| Abr | 11        | 86    | 9       | 0    | 1        | 0       | 107   | 91%           | 95%  |
| May | 15        | 86    | 6       | 0    | 0        | 0       | 107   | 94%           | 95%  |
| Jun | 2         | 103   | 3       | 0    | 0        | 0       | 108   | 97%           | 95%  |
| Jul | 48        | 50    | 7       | 0    | 0        | 0       | 105   | 93%           | 95%  |
| Ago | 11        | 111   | 0       | 0    | 0        | 5       | 127   | 96%           | 95%  |
| Sep | 10        | 90    | 2       | 1    | 0        | 0       | 103   | 97%           | 95%  |
| Oct | 12        | 85    | 6       | 2    | 1        | 0       | 106   | 92%           | 95%  |
| Nov | 13        | 90    | 2       | 1    | 1        | 0       | 107   | 96%           | 95%  |
| Dic | 15        | 77    | 3       | 2    | 1        | 2       | 100   | 92%           | 95%  |

Trabajamos con amor por la vida desde 1923



## Análisis de atención a los Usuarios en Oficina SIAU – Informe de cuarto trimestre 2025

Durante el cuarto trimestre de 2025, la percepción de los usuarios sobre los servicios de la Oficina SIAU se mantuvo favorable, con una satisfacción promedio cercana al 93%, levemente por debajo de la meta institucional del 95% en octubre y diciembre, y superándola en noviembre.

El comportamiento general muestra:

- Predominio de calificaciones “Buena” y “Muy buena”, evidenciando un nivel sólido de aceptación del servicio.
- Las calificaciones negativas (“Mala” y “Muy mala”) se mantuvieron bajas.
- La categoría “Regular” presentó ligera variabilidad, señalando un área de oportunidad para mejorar experiencias neutras.

En general, los usuarios perciben una atención consistente y positiva, aunque se recomienda reforzar acciones de mejora continua en los meses de mayor afluencia o cierre de año.

## **Análisis de Atención a los Usuarios en Oficina SIAU Informe –**

### **Cuarto Trimestre 2025**

#### **1. Comportamiento general**

El registro anual muestra una demanda sostenida y variable de atenciones, evidenciando que la oficina cumple un rol clave de orientación, información y resolución de consultas, más allá de la gestión de quejas formales.

- El promedio mensual aproximado es de 83 atenciones, lo que indica una carga de trabajo constante.
- La estabilidad del flujo de usuarios refleja la importancia continua de la oficina como punto de información y apoyo.

#### **2. Meses con mayor demanda**

- **Diciembre (150 atenciones):**
  - El mes con mayor número de atenciones del año.
  - Asociado a cierre de año, necesidad de orientación sobre trámites pendientes y consultas sobre órdenes médicas y continuidad de tratamientos.
- **Noviembre (130 atenciones):**
  - Aumento significativo por cierre de año y consultas frecuentes sobre servicios y procesos.
- **Abril (102 atenciones) y Agosto (92 atenciones):**
  - Picos relevantes que indican momentos específicos en que los usuarios requieren más apoyo e información.

#### **3. Meses con menor demanda**

- **Enero (59 atenciones) y Marzo / Septiembre (65 atenciones):**
  - Enero: Influenciado por vacaciones y menor actividad administrativa.
  - Marzo y septiembre: Actividad moderada, reflejando normalización de trámites y servicios.

#### **4. Tendencia y estabilidad**



- Desde febrero hasta octubre, las atenciones se mantuvieron relativamente estables, entre 75 y 90 registros, indicando:
  - Flujo constante de usuarios.
  - Necesidad permanente de orientación y resolución de consultas.
- No se observan caídas abruptas, lo que reafirma la función preventiva y educativa de la oficina, evitando conflictos o reclamos posteriores.

## 5. Interpretación del tipo de atenciones

El volumen registrado refleja que no todas las atenciones corresponden a quejas:

- Alta demanda de orientación sobre servicios y procesos.
- Consultas frecuentes sobre órdenes médicas, derivaciones y continuidad de tratamientos.
- Uso de la oficina como espacio de información y acompañamiento, cumpliendo un rol preventivo y educativo que fortalece la relación con los usuarios.

## Conclusión

El análisis evidencia que la Oficina SIAU cumple una función esencial en la atención integral de los usuarios, con una variación mensual que sugiere:

- Refuerzo de personal o recursos en meses de alta demanda (abril, agosto, noviembre y diciembre).
- Mantener estrategias de orientación clara y oportuna para responder a consultas frecuentes.
- Valorar la atención no solo como gestión de quejas, sino como un servicio clave de orientación y apoyo al usuario, con un impacto positivo en la satisfacción y prevención de conflictos.

## Programa de Oncología cérvix y próstata

Durante el período evaluado se puso en marcha el nuevo Programa de Oncología, orientado a la atención integral de pacientes con cáncer de cérvix y cáncer de próstata, fortaleciendo la capacidad resolutoria de la institución en patologías de alto impacto en salud pública. Actualmente, el programa atiende a 1.400 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix y 2.600 pacientes con cáncer de próstata, garantizando acceso oportuno, seguimiento continuo y atención especializada. En relación con la gestión de PQR, durante el mes de diciembre se recibieron 9 manifestaciones, las cuales fueron tramitadas y cerradas en su totalidad, evidenciando un adecuado funcionamiento del programa y una respuesta efectiva a las inquietudes de los usuarios desde su implementación.

## Plan de trabajo de comité de Ética Hospitalario:

En el cuarto periodo en el indicador de cumplimiento del cronograma del comité de ética fue satisfactorio, se cumplió con las reuniones planeadas, las reuniones se seguirán haciendo trimestral

| Período           | Numerador | Denominador | Valor      |
|-------------------|-----------|-------------|------------|
| PRIMER TRIMESTRE  | 3         | 12          | 25%        |
| SEGUNDO TRIMESTRE | 2         | 10          | 20%        |
| TERCER TRIMESTRE  | 3         | 12          | 25%        |
| CUARTO TRIMESTRE  | 1         | 5           | 20%        |
| <b>TOTAL</b>      |           |             | <b>90%</b> |

### Asociación de Usuarios:

Fortalecer el conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios mediante actividades de socialización en las diferentes áreas asistenciales, promoviendo una atención informada, humanizada y acorde a la normativa vigente.

### 2. Alcance y cobertura

Durante los meses de octubre y noviembre, se realizaron jornadas de socialización en 13 áreas institucionales, logrando capacitar a un total de 285 usuarios.

- **Octubre:** 140 usuarios capacitados
- **Noviembre:** 145 usuarios capacitados

La cobertura fue equilibrada y progresiva, evidenciando continuidad en la estrategia y ampliación hacia áreas de alta demanda.

### 3. Análisis de resultados

- Se evidencia una cobertura significativa en áreas de hospitalización, consulta externa, cirugía, UCI y servicios de apoyo, lo que permitió llegar a usuarios en diferentes etapas del proceso de atención.
- En octubre, se priorizaron servicios de hospitalización y laboratorio, destacándose el 6to Norte con la mayor participación (30 usuarios).
- En noviembre, se observa un ligero incremento en el número de usuarios capacitados, con énfasis en Consulta Externa y Cirugía, áreas de alta afluencia, lo que amplifica el impacto de la socialización.
- La intervención en UCI reviste especial importancia, al brindar información clave

a usuarios y familiares en contextos de mayor complejidad asistencial.

#### 4. Impacto institucional

Las actividades desarrolladas contribuyen a:

- Incrementar el empoderamiento y la participación informada de los usuarios.
- Fortalecer la transparencia y la confianza en los servicios de salud.
- Prevenir conflictos, quejas y reclamos derivados del desconocimiento de derechos y deberes.
- Promover una cultura institucional orientada al respeto, la corresponsabilidad y la humanización de la atención.

#### 5. Conclusión

La socialización de deberes y derechos de los usuarios durante el período evaluado presenta un resultado favorable, con cobertura adecuada, continuidad en la ejecución y enfoque estratégico en áreas críticas del servicio. Se considera una práctica efectiva que debe mantenerse y fortalecerse como parte de las acciones permanentes de calidad y atención al usuario.

#### 6. Recomendaciones

- Mantener la programación periódica de las jornadas de socialización.
- Priorizar áreas de alta rotación de usuarios para maximizar el alcance.
- Complementar las actividades con material educativo visual y mecanismos de evaluación rápida de comprensión.

| ÁREA             | MES       | NÚMERO DE USUARIOS CAPACITADOS |
|------------------|-----------|--------------------------------|
| LABORATORIO      | octubre   | 20                             |
| 2 do NORTE       | octubre   | 25                             |
| 3ro SUR          | octubre   | 25                             |
| 5to NORTE        | octubre   | 20                             |
| 6to NORTE        | octubre   | 30                             |
| 5to SUR          | octubre   | 20                             |
| 4to NORTE        | noviembre | 20                             |
| CONSULTA EXTERNA | noviembre | 30                             |
| UCI              | noviembre | 20                             |
| 2do SUR          | noviembre | 25                             |
| CONSULTA EXTERNA | noviembre | 20                             |
| CIRUGÍA          | noviembre | 30                             |

## **Apoyo Alimentario a Acompañantes de Usuarios Hospitalizados Cuarto trimestre**

### **1. Comportamiento general**

El registro anual evidencia una demanda sostenida y variable de servicios de alimentación para acompañantes de pacientes hospitalizados, lo que confirma la importancia del programa como apoyo social complementario dentro del proceso de atención integral en salud.

Durante el año se brindaron 1.062 servicios de alimentación, con un promedio mensual aproximado de 89 servicios, reflejando una necesidad constante asociada a situaciones de hospitalización prolongada y vulnerabilidad económica.

### **2. Meses con mayor demanda**

- **Octubre (159 servicios):**
  - Representa el pico más alto del año.
  - Puede asociarse a mayor ocupación hospitalaria, incremento de hospitalizaciones prolongadas y mayor permanencia de acompañantes.
- **Julio (103 servicios) y Abril (102 servicios):**
  - Evidencian momentos específicos del año con mayor necesidad de apoyo alimentario, posiblemente relacionados con picos de demanda asistencial.

### **3. Meses con demanda intermedia**

- **Marzo (87), Mayo (94), Agosto (80) y Septiembre (90):**
  - Muestran un comportamiento estable y cercano al promedio anual.
  - Reflejan continuidad del programa y necesidad constante de acompañamiento social.

### **4. Meses con menor demanda**

- **Enero (64), Junio (68), Noviembre (69) y Diciembre (71):**
  - Enero: Posible influencia de menor actividad hospitalaria y periodos vacacionales.
  - Junio y noviembre: Fluctuaciones normales en la ocupación hospitalaria.
  - Diciembre: A pesar del cierre de año, se mantiene una demanda significativa, confirmando la persistencia de situaciones de vulnerabilidad, también por que el comedor comunitario salió a vacaciones 20 días, reinicia el 15 de enero.

### **5. Análisis del cuarto período**

Durante el cuarto período (octubre–diciembre) se brindaron 299 servicios de alimentación, lo que representa un 28% del total anual, evidenciando una alta concentración de la demanda en este trimestre.

- Octubre concentra el mayor volumen.
- Noviembre y diciembre mantienen cifras estables, confirmando la necesidad permanente del servicio.

## 6. Interpretación social y operativa

El comportamiento del indicador confirma que:

- El servicio de alimentación no es ocasional, sino una necesidad permanente.
- La Oficina de Atención al Usuario cumple un rol esencial en la coordinación, control y asignación equitativa del beneficio.
- El apoyo alimentario funciona como una estrategia preventiva y humanizada, reduciendo la carga económica y emocional de los acompañantes.

## Conclusión

El análisis del registro demuestra que el programa de entrega de alimentación para acompañantes de pacientes hospitalizados es una acción social clave, con una demanda constante y picos específicos que requieren planificación y articulación interinstitucional. La información sugiere:

- Mantener y fortalecer el programa de manera permanente.
- Prever refuerzo logístico y de recursos en meses de alta demanda, especialmente abril, julio y octubre.
- Reconocer el impacto positivo del programa en la atención integral, humanizada y solidaria que brinda la institución.

| REGISTRO DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN PARA ACOMPAÑANTES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| MES                                                                               | NUMERO DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN BRINDADOS |
| ENERO                                                                             | 64                                            |
| FEBRERO                                                                           | 75                                            |
| MARZO                                                                             | 87                                            |
| ABRIL                                                                             | 102                                           |
| MAYO                                                                              | 94                                            |
| JUNIO                                                                             | 68                                            |
| JULIO                                                                             | 103                                           |
| AGOSTO                                                                            | 80                                            |
| SEPTIEMBRE                                                                        | 90                                            |
| OCTUBRE                                                                           | 159                                           |
| NOVIEMBRE                                                                         | 69                                            |
| DICIEMBRE                                                                         | 71                                            |

## Sede Ambulatoria.

## Informe de PQR cuarto trimestre

Durante el cuarto periodo de 2025 se recibieron un total de 93 manifestaciones, distribuidas entre octubre con 22, noviembre con 27 y diciembre con 39, siendo la mayoría reclamos en términos generales.

## Octubre

En octubre se recibieron 22 manifestaciones en la sede ambulatoria 33, distribuidas así: 16 peticiones, 1 queja, 0 reclamos, 0 sugerencias y 5 felicitaciones.

Los canales de recepción utilizados fueron: buzones físicos, correo electrónico, página web, atención presencial y línea amiga.

La mayoría de las PQR fueron recibidas de forma presencial, principalmente relacionadas con el servicio de farmacia, donde se reportaron quejas por falta de medicamentos y demoras en la atención.

Respecto al canal de recepción, se registraron 24 manifestaciones a través de buzones y atención presencial.

### **Oportunidad en la respuesta:**

El tiempo promedio de respuesta para el mes de octubre fue de 1,1 días, un resultado altamente favorable si se compara con el tiempo máximo establecido de 15 días hábiles. Debido a este desempeño, para el próximo trimestre se ha definido ajustar la meta de respuesta a 12 días hábiles, con el fin de continuar promoviendo la eficiencia y la mejora continua.

### **Noviembre**

En noviembre se recibieron 27 manifestaciones, clasificadas en: 20 peticiones, 4 quejas, 0 reclamos, 0 sugerencias, 0 denuncias y 3 felicitaciones. Los canales de recepción fueron los mismos que en octubre: buzones físicos, correo electrónico, página web, atención presencial y línea amiga.

En esta ocasión, la mayoría de las PQR llegaron a través de buzones físicos.

### **Oportunidad en la respuesta:**

El tiempo promedio de respuesta para noviembre fue también de 1,1 días, manteniendo un indicador positivo y muy por debajo del límite establecido de 15 días hábiles.

Estos resultados evidencian un manejo oportuno y eficiente de las solicitudes, lo que contribuye a la satisfacción del usuario y fortalece la calidad del servicio en la sede ambulatoria 33.

### **Diciembre**

- **Reclamos:**
  - o **30 casos (76,9%)**
  - o Constituyen la categoría predominante del mes, indicando inconformidades asociadas principalmente a procesos de atención, tiempos de respuesta o



continuidad de servicios.

- **Quejas:**
  - **7 casos (17,9%)**
  - Reflejan manifestaciones de insatisfacción que requieren seguimiento oportuno para evitar su escalamiento.
- **Felicitaciones:**
  - **2 casos (5,1%)**
  - Aunque en menor proporción, evidencian reconocimiento por parte de los usuarios a la atención recibida.
- **Peticiones, sugerencias y denuncias:**
  - **No se registraron casos** durante el mes.

### Análisis ejecutivo

- El alto porcentaje de reclamos evidencia una mayor presión sobre los servicios durante diciembre, posiblemente asociada a:
  - Incremento en la demanda asistencial por cierre de año.
  - Mayor sensibilidad de los usuarios frente a tiempos de respuesta y continuidad de tratamientos.
- La ausencia de peticiones y sugerencias sugiere que los usuarios canalizaron sus manifestaciones principalmente como reclamos, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la gestión preventiva y comunicacional.
- La presencia de felicitaciones, aunque limitada, indica que existen buenas prácticas que deben identificarse y replicarse.

### Conclusión

El comportamiento de las PQR en diciembre refleja un mes crítico en términos de inconformidades, concentradas principalmente en reclamos. Este escenario resalta la importancia de reforzar la capacidad operativa, la comunicación con los usuarios y el seguimiento oportuno de los casos, especialmente en periodos de alta demanda.

Se recomienda utilizar esta información como insumo para acciones correctivas y preventivas, orientadas a mejorar la experiencia del usuario y reducir la recurrencia de reclamos en futuros periodos.

### Conclusión General – Comportamiento de las PQR (Octubre a Diciembre)

El análisis del comportamiento de las PQR durante el cuarto trimestre evidencia dos escenarios claramente diferenciados. En octubre y noviembre, la gestión de las manifestaciones se caracterizó por un predominio de peticiones, un bajo número de quejas, ausencia de reclamos y un desempeño sobresaliente en la oportunidad de respuesta, con tiempos promedio de 1,1 días, muy por debajo del límite normativo. Este comportamiento refleja un manejo oportuno, eficiente y preventivo, que contribuye positivamente a la satisfacción del usuario en la sede ambulatoria 33.

En contraste, diciembre presentó un cambio significativo en la composición de las PQR,

con un incremento marcado de reclamos, los cuales representaron la mayoría de las manifestaciones del mes. Este comportamiento sugiere una mayor presión sobre los servicios durante el cierre del año, asociada al aumento de la demanda asistencial, a la continuidad de tratamientos y a la sensibilidad de los usuarios frente a los tiempos y procesos de atención.

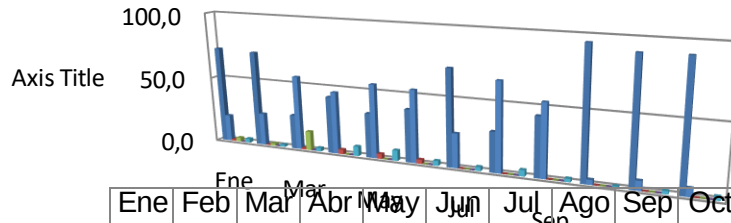
A pesar de este incremento, la presencia de felicitaciones durante todo el trimestre evidencia que existen prácticas positivas que deben ser fortalecidas y replicadas. En conjunto, los resultados indican que la institución cuenta con una capacidad efectiva de respuesta, pero enfrenta retos operativos y comunicacionales en periodos de alta demanda.

Se concluye que es fundamental mantener los altos estándares de oportunidad en la respuesta, reforzar las acciones preventivas, mejorar la comunicación con los usuarios y fortalecer la capacidad operativa en meses críticos, con el fin de reducir la recurrencia de reclamos y asegurar una experiencia de atención consistente y satisfactoria.

| Mes | P  | %<br>Peticio<br>n es | Q | %<br>Quejas | R  | %Recl<br>a mos | S | %Su<br>g ere<br>n cias | D | %De<br>n unci<br>o as | F   | %Felicit<br>a ciones | TOTAL<br>PQRS |
|-----|----|----------------------|---|-------------|----|----------------|---|------------------------|---|-----------------------|-----|----------------------|---------------|
| Ene | 3  | 18,8                 | 3 | 18,8        | 6  | 37,5           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 4   | 25,0                 | 16            |
| Feb | 7  | 36,8                 | 4 | 21,1        | 6  | 31,6           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 2   | 10,5                 | 19            |
| Mar | 5  | 29,4                 | 5 | 29,4        | 4  | 23,5           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 3   | 17,6                 | 17            |
| Abr | 1  | 4,2                  | 6 | 25,0        | 10 | 41,7           | 1 | 4,2                    | 0 | 0,0                   | 6   | 25,0                 | 24            |
| May | 0  | 0,0                  | 6 | 24,0        | 15 | 60,0           | 2 | 8,0                    | 0 | 0,0                   | 2   | 8,0                  | 25            |
| Jun | 0  | 0,0                  | 4 | 16,0        | 18 | 72,0           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 3   | 12,0                 | 25            |
| Jul | 0  | 0,0                  | 2 | 16,7        | 6  | 50,0           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 4   | 33,3                 | 12            |
| Ago | 1  | 5,3                  | 8 | 42,1        | 7  | 36,8           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 3   | 15,8                 | 19            |
| Sep | 0  | 0,0                  | 4 | 13,3        | 10 | 33,3           | 2 | 6,7                    | 0 | 0,0                   | 14  | 46,7                 | 30            |
| Oct | 21 | 77,8                 | 1 | 3,7         | 0  | 0,0            | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 5,0 | 18,5                 | 27            |
| Nov | 20 | 74,1                 | 4 | 14,8        | 0  | 0,0            | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 3,0 | 11,1                 | 27            |
| Dic | 0  | 0,0                  | 7 | 17,9        | 30 | 76,9           | 0 | 0,0                    | 0 | 0,0                   | 2,0 | 5,1                  | 39            |



### Clasificación PQRSDF 2025



|              | Ene  | Feb  | Mar  | Abr  | May  | Jun  | Jul  | Ago  | Sep  | Oct  | Nov  | Dic  |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| % Peticiones | 72,9 | 71,7 | 25,9 | 42,8 | 33,3 | 39,4 | 71,6 | 29,7 | 43,8 | 95,2 | 90,7 | 91,2 |
| % Quejas     | 20,1 | 24,5 | 55,7 | 46,6 | 55,2 | 53,9 | 25,4 | 65,7 | 53,7 | 3,6  | 7,0  | 6,1  |
| %Reclamos    | 1,2  | 0,3  | 1,1  | 3,4  | 3,6  | 3,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Sugerencias | 2,9  | 1,7  | 14,4 | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Denuncias   | 0,0  | 0,2  | 0,3  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |
| %Felicidades | 2,9  | 1,7  | 2,6  | 7,2  | 7,8  | 3,6  | 3,0  | 4,7  | 2,5  | 1,3  | 2,3  | 2,7  |

### Interpretación del Indicador de Oportunidad de Respuesta – Último Trimestre

El indicador de oportunidad de respuesta mide el tiempo promedio de atención de las manifestaciones (PQR), comparándolo con la meta institucional establecida en 15 días hábiles.

#### Comportamiento del último trimestre

- **Octubre:**
  - Valor: **1,1 días**
  - A pesar del aumento en el número de manifestaciones (22), el tiempo promedio de respuesta se mantuvo ampliamente por debajo de la meta, evidenciando una gestión eficiente.
- **Noviembre:**
  - Valor: **1,1 días**
  - Se observa estabilidad en el indicador, incluso con un mayor volumen de PQR (27), lo que refleja consistencia en los procesos internos de respuesta.
- **Diciembre:**
  - Valor: **1,0 día**
  - A pesar de ser el mes con mayor número de manifestaciones (39), el indicador se mantiene en su nivel más favorable, demostrando una alta capacidad de respuesta en un período crítico de cierre de año.

#### Análisis general

- Durante el último trimestre, el promedio del indicador fue de aproximadamente 1,1 días, lo que representa un cumplimiento del 100% de la meta institucional y un desempeño muy superior al estándar esperado.

- El aumento en el volumen de PQR en diciembre no afectó negativamente la oportunidad de respuesta, lo que evidencia:
  - Procesos eficientes y bien estructurados.
  - Capacidad operativa adecuada para responder en periodos de alta demanda.
- La estabilidad del indicador confirma una gestión oportuna, eficaz y sostenible en la atención de las solicitudes de los usuarios.

## Conclusión

El comportamiento del indicador de oportunidad de respuesta en el último trimestre demuestra un desempeño sobresaliente, con tiempos de respuesta significativamente inferiores a la meta establecida. Este resultado fortalece la confianza de los usuarios, contribuye a la satisfacción general y evidencia el compromiso institucional con la mejora continua y la calidad en la atención.

| Mes | Numerador | Denominador | Valor | Meta |
|-----|-----------|-------------|-------|------|
| Ene | 190       | 16          | 11,9  | 15   |
| Feb | 60        | 19          | 3,2   | 15   |
| Mar | 49        | 17          | 2,9   | 15   |
| Abr | 24        | 24          | 1,0   | 15   |
| May | 25        | 20          | 1,3   | 15   |
| Jun | 25        | 23          | 1,1   | 15   |
| Jul | 12        | 12          | 1,0   | 15   |
| Ago | 18        | 18          | 1,0   | 15   |
| Sep | 29        | 29          | 1,0   | 15   |
| Oct | 22        | 20          | 1,1   | 15   |
| Nov | 27        | 25          | 1,1   | 15   |
| Dic | 39        | 39          | 1,0   | 15   |



La oficina de atención al usuario de la sede ambulatoria cuenta con un correo electrónico asignado [siausedeambulatoria@lamaria.gov.co](mailto:siausedeambulatoria@lamaria.gov.co) desde el cual se reciben solicitudes de los usuarios u otras entidades este correo se revisa diaria y constantemente por lo cual todo lo que ingresa se gestiona de manera inmediata.

Así mismo cuenta con una línea amiga para atención vía WhatsApp 321874302 la cual también se gestiona diariamente todo el tiempo y permite que el usuario pueda tener un mejor acercamiento a los servicios e información. Así mismo se cuentan con líneas amigas para agendamiento de citas de savia y de Coosalud, Vacunación y Farmacia.

Este canal de atención ha permitido, desde el área de atención al usuario, reducir el número de PQR, gracias a la solución efectiva brindada a los requerimientos de los usuarios. Del mismo modo, la atención presencial en la oficina ha sido clave, ya que todas las solicitudes se gestionan de manera inmediata, logrando que el usuario, a través de ambos canales, se retire con una solución a la situación planteada.

Asimismo, la sede ambulatoria dispone de cinco (5) buzones de Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones (PQRF), estratégicamente ubicados en las diferentes áreas del servicio. Cada buzón cuenta de manera permanente con formatos PQRF y elementos de escritura, garantizando la accesibilidad del mecanismo para todos los usuarios.

Adicionalmente, los buzones incluyen información visible sobre los derechos y deberes de los usuarios, así como un código QR que permite el acceso directo a la página web institucional, específicamente a la opción de PQRF, facilitando la radicación digital de cualquier manifestación y promoviendo el uso de canales virtuales.

La sede ambulatoria cuenta también con un sistema de pantallas informativas, instalado en puntos estratégicos, el cual incorpora un sistema de audio para el llamado de turnos generados en el turnero, con direccionamiento oportuno a las diferentes taquillas según el servicio requerido. De manera complementaria, a través de estas pantallas se proyectan contenidos audiovisuales relacionados con los derechos y deberes de los usuarios, el proceso de PQRF y otra información institucional relevante, incluyendo aspectos asociados a la Ruta Integral de Atención (RIA).

Estas herramientas fortalecen la comunicación institucional, mejoran la orientación del usuario y contribuyen a una atención más ordenada, informada y transparente dentro de la sede ambulatoria

### **Satisfacción Global de los Usuarios**

#### **¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?**

El análisis de la satisfacción global de los usuarios evidencia una percepción mayoritariamente positiva sobre los servicios recibidos durante el periodo evaluado, manteniéndose en general cercana o superior a la meta institucional del 95%.

#### **Comportamiento general**

- La satisfacción anual se mantuvo alta y estable, con porcentajes que oscilaron entre 91% y 100%.
- En enero y febrero se alcanzó el 100% de satisfacción, reflejando una valoración óptima del servicio.
- En la mayoría de los meses, la satisfacción se ubicó igual o por encima de la meta, confirmando un desempeño consistente.

#### **Meses con variaciones**

- Marzo (93%), abril (91%), julio (93%), octubre (92%) y diciembre (92%) presentaron valores por debajo de la meta institucional, aunque sin descensos críticos.
- Estas variaciones se relacionan con un incremento en la categoría “Regular” y, en menor medida, con la presencia de calificaciones negativas (“Mala” y “Muy mala”).
  - Octubre y diciembre concentran el mayor número de calificaciones negativas y respuestas “No resp.”, lo que sugiere periodos de mayor presión operativa.

#### **Distribución de las calificaciones**

- La mayoría de los usuarios calificó el servicio como “Buena”, seguida de “Muy buena”, lo que evidencia un nivel sólido de aceptación.
- Las calificaciones negativas se mantuvieron bajas y controladas durante todo el año.
- La categoría “Regular” mostró mayor variabilidad y representa el principal foco de mejora, con el objetivo de convertir experiencias neutras en positivas.

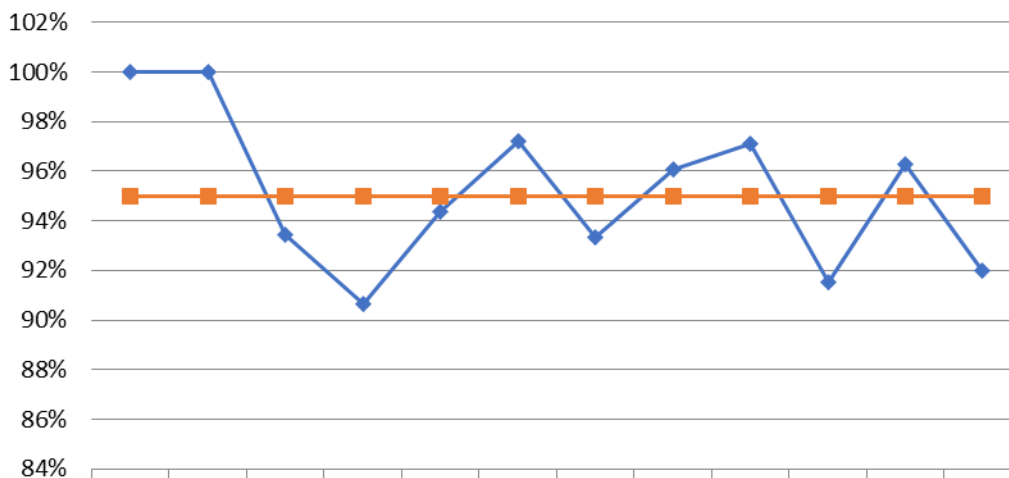


## Conclusión

La satisfacción global de los usuarios refleja un servicio percibido como confiable y de buena calidad, con resultados consistentes a lo largo del año. Las fluctuaciones observadas no comprometen la percepción general, pero sí resaltan la necesidad de reforzar acciones de mejora continua, especialmente en meses de mayor demanda, para asegurar el cumplimiento sostenido de la meta institucional y avanzar hacia niveles de excelencia.

| Mes | Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala | No resp | TOTAL | % DE SATISFACCIÓN | Meta |
|-----|-----------|-------|---------|------|----------|---------|-------|-------------------|------|
| Ene | 3         | 116   | 0       | 0    | 0        | 0       | 119   | 100%              | 95%  |
| Feb | 104       | 2     | 0       | 0    | 0        | 0       | 106   | 100%              | 95%  |
| Mar | 0         | 100   | 7       | 0    | 0        | 0       | 107   | 93%               | 95%  |
| Abr | 11        | 86    | 9       | 0    | 1        | 0       | 107   | 91%               | 95%  |
| May | 15        | 86    | 6       | 0    | 0        | 0       | 107   | 94%               | 95%  |
| Jun | 2         | 103   | 3       | 0    | 0        | 0       | 108   | 97%               | 95%  |
| Jul | 48        | 50    | 7       | 0    | 0        | 0       | 105   | 93%               | 95%  |
| Ago | 11        | 111   | 0       | 0    | 0        | 5       | 127   | 96%               | 95%  |
| Sep | 10        | 90    | 2       | 1    | 0        | 0       | 103   | 97%               | 95%  |
| Oct | 12        | 85    | 6       | 2    | 1        | 0       | 106   | 92%               | 95%  |
| Nov | 13        | 90    | 2       | 1    | 1        | 0       | 107   | 96%               | 95%  |
| Dic | 15        | 77    | 3       | 2    | 1        | 2       | 100   | 92%               | 95%  |

### Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS 2025



|               | Ene  | Feb  | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---------------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| % DE SATISFAC | 100% | 100% | 93% | 91% | 94% | 97% | 93% | 96% | 97% | 92% | 96% | 92% |
| Meta          | 95%  | 95%  | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% |

**Por otro lado, del indicador del proceso Resolución 256 de 2016: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?**

El indicador de recomendación refleja la intención de los usuarios de recomendar los servicios del hospital, constituyéndose en un referente clave de confianza, percepción de calidad y experiencia global.

#### Comportamiento general

- Durante todo el periodo evaluado, el indicador se mantuvo muy por encima de la meta institucional del 90%, con valores mensuales que oscilaron entre 95% y 100%.
- En enero y junio se alcanzó el 100% de satisfacción, evidenciando una percepción altamente positiva.
- La estabilidad del indicador confirma una alta aceptación y credibilidad del hospital entre los usuarios.

#### Distribución de respuestas

- Predominan ampliamente las respuestas “Definitivamente sí” y “Probablemente sí”, que en conjunto representan la gran mayoría de las opiniones.
- Las respuestas negativas (“Definitivamente no” y “Probablemente no”) se mantienen muy bajas y controladas, sin impacto significativo en el resultado global.
- La categoría “Probablemente sí” aumenta en varios meses (agosto a noviembre), lo que indica una experiencia positiva, aunque con oportunidades para fortalecer la excelencia percibida.

## Análisis por tendencias

- Entre abril y julio, el indicador se estabiliza en 95%, coincidiendo con un ligero aumento de respuestas negativas y “No responde”, sin comprometer el cumplimiento de la meta.
- A partir de agosto, se observa una recuperación y fortalecimiento del indicador, alcanzando valores entre 97% y 99%, lo que evidencia mejoras en la experiencia del usuario.
- Diciembre cierra con un 99% de recomendación, reflejando confianza sostenida incluso en un periodo de alta demanda.

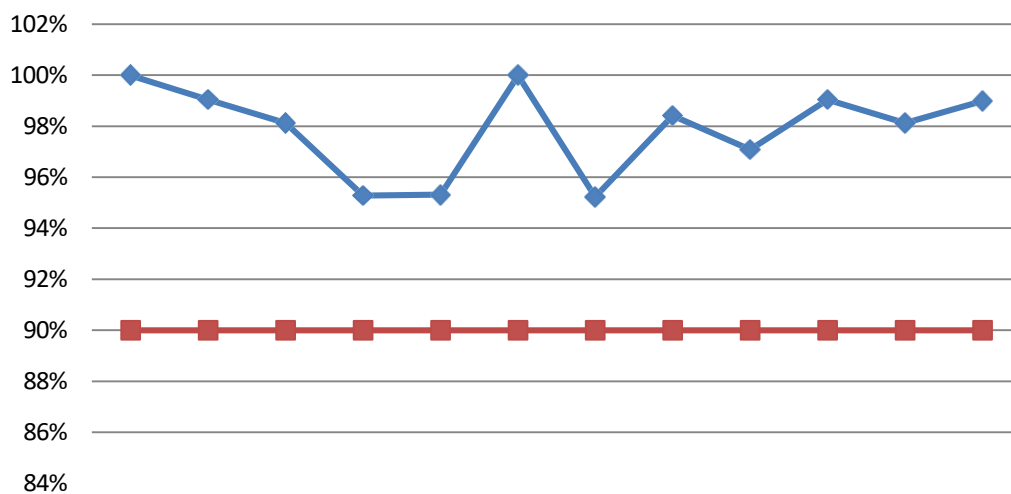
## Conclusión

El análisis demuestra que los usuarios recomendarían ampliamente los servicios del hospital, superando de forma consistente la meta institucional. Este comportamiento evidencia un alto nivel de confianza, satisfacción y lealtad, así como la efectividad de las acciones orientadas a mejorar la experiencia del usuario.

No obstante, el incremento de respuestas “Probablemente sí” sugiere la necesidad de seguir fortaleciendo la calidad del servicio, con el objetivo de transformar estas percepciones en respuestas “Definitivamente sí” y avanzar hacia estándares de excelencia.

| Mes | Definit<br>iv<br>Si | Prob<br>ab<br>Si | Definit<br>iv<br>No | Prob<br>ab<br>No | No<br>resp | Total | % DE<br>SATISFA<br>C | Meta |
|-----|---------------------|------------------|---------------------|------------------|------------|-------|----------------------|------|
| Ene | 109                 | 10               | 0                   | 0                | 0          | 119   | 100%                 | 90%  |
| Feb | 103                 | 2                | 0                   | 0                | 1          | 106   | 99%                  | 90%  |
| Mar | 102                 | 3                | 1                   | 1                | 0          | 107   | 98%                  | 90%  |
| Abr | 90                  | 11               | 3                   | 2                | 0          | 106   | 95%                  | 90%  |
| May | 85                  | 17               | 3                   | 2                | 0          | 107   | 95%                  | 90%  |
| Jun | 100                 | 3                | 0                   | 0                | 0          | 103   | 100%                 | 90%  |
| Jul | 80                  | 20               | 1                   | 1                | 3          | 105   | 95%                  | 90%  |
| Ago | 40                  | 85               | 1                   | 1                | 0          | 127   | 98%                  | 90%  |
| Sep | 30                  | 70               | 0                   | 2                | 1          | 103   | 97%                  | 90%  |
| Oct | 25                  | 80               | 1                   | 0                | 0          | 106   | 99%                  | 90%  |
| Nov | 15                  | 90               | 2                   | 0                | 0          | 107   | 98%                  | 90%  |
| Dic | 17                  | 82               | 0                   | 1                | 0          | 100   | 99%                  | 90%  |

### Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos 2025



|          | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| % DE     | 100 | 99  | 98  | 95  | 95  | 100 | 95  | 98  | 97  | 99  | 98  | 99  |
| SATISFAC | %   |     |     |     |     | %   |     |     |     |     |     |     |
| Meta     | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |

Fuente: Informe SIAU IV Trimestre. Elaborado por: Marcela Sánchez Arango, Lider SIAU.

### 3. SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO

El objetivo de este seguimiento es verificar y validar la oportunidad y la calidad de la gestión de las manifestaciones presentadas por los usuarios, clasificadas como peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones – PQRSDF y el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa del usuario en la ESE Hospital La María.

#### 3.1 Fortalezas

- **Monitoreo de la satisfacción del usuario:** Se realiza seguimiento y monitoreo periódico de la satisfacción de los usuarios, mediante indicadores del proceso, con el fin de evaluar la percepción del servicio y la atención de los servicios de salud.
- **Activación de canales de participación:** La ESE Hospital la María, cuenta con buzones de sugerencias, los cuales se encuentran ubicados estratégicamente en los diferentes servicios de atención en salud, donde se dispone de formatos de PQR disponible para el usuario y su familia, tanto en la sede de castilla como en la sede ambulatoria.
- **Proceso SIAU:** En acompañamiento del líder de calidad se actualizaron los procesos de SIAU y la política de humanización de los servicios de salud, estos procesos han sido socializados tanto al líder del proceso como los demás miembros de SIAU. Así mismo la información se encuentra en la intranet institucional para facilitar la consulta.
- **Clasificación de las quejas:** Se cuenta con formatos para el diligenciamiento de las PQR, conforme a los lineamientos establecidos por la superintendencia nacional de salud, que permite su clasificación por nivel de riesgo (riesgo vital, riesgo priorizado y riesgo simple).

- Esta herramienta constituye una fortaleza para dar respuesta oportuna dentro los plazos establecidos para cada clasificación de cada PQR.
- **Asignación de talento humano:** La Oficina de Atención al Usuario (SIAU) cuenta con un líder responsable de la gestión y atención al usuario, así como con auxiliares administrativas, quienes garantizan una atención focalizada, continua y oportuna, orientada a la satisfacción del usuario y al adecuado manejo de sus requerimientos, quejas y solicitudes.
- **Estrategias de divulgación institucional:** Se fortaleció la difusión de información sobre la Oficina de Atención al Usuario, sus horarios y servicios a través de la página web institucional, en los diferentes servicios y carteleras institucionales.
- **Socialización de deberes y derechos:** Se creó una herramienta que facilita la socialización de los derechos y deberes de los usuarios mediante el uso de un código QR, el cual permite un acceso ágil, práctico y sencillo a la información, fortaleciendo la comunicación y el conocimiento de los usuarios frente a la atención de los servicios de salud.
- **Política de humanización de los servicios de salud:** Se actualizó la política de humanización de los servicios de salud mediante la resolución No. 65 (17 de marzo de 2025), y se implementó un código QR, para la socialización de la política de humanización de los servicios de salud en cada área de la institución, fortaleciendo la cultura de atención humanizada.
- **Herramientas tecnológicas:** Desde la oficina de SIAU, se gestionó la adquisición de una fotocopidora con el fin de agilizar los trámites administrativos de los usuarios, mejorando la oportunidad en la atención y la eficiencia en el servicio.

### 3.2 Observaciones

**Observación 1:** Se evidenció que, si bien las quejas relacionadas con el trato del personal asistencial y administrativo fueron gestionadas directamente con los líderes de las áreas involucradas y se adoptaron acciones disciplinarias y formativas, no se cuenta con una trazabilidad documentada que permita identificar de manera clara y sistemática el motivo o causa raíz de cada queja presentada. La ausencia de un análisis estructurado de causa raíz limita la comprensión integral de los factores que originan las inconformidades de los usuarios, dificulta la evaluación de la efectividad de las acciones implementadas y reduce la capacidad institucional para establecer medidas preventivas orientadas a la mejora continua del trato y la humanización del servicio.

**Observación 2:** Mantener y fortalecer las estrategias implementadas durante el último trimestre del año que han contribuido a la reducción de quejas y a la ausencia de reclamos, sugerencias y denuncias, asegurando su estandarización en los procesos de atención al usuario. Adicionalmente, se recomienda analizar en detalle el incremento del volumen total de PQRS, especialmente en los meses de octubre y noviembre, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la gestión de peticiones informativas y administrativas. Finalmente, es importante continuar promoviendo y reconociendo las buenas prácticas del personal que se reflejan en la estabilidad de las felicitaciones, como mecanismo para fortalecer la cultura de calidad, humanización y satisfacción del usuario.

**Observación 3:** El predominio de peticiones demuestra una alta demanda de información y trámites administrativos: por lo que se debe fortalecer estrategias que reduzcan la necesidad de recurrir PQR para resolver dudas, mediante las guías de atención, material educativo y orientación proactiva.

**Observación 4:** Se evidencia que los trámites publicados en la plataforma SUIT se encuentran desactualizados, por lo cual se requiere su revisión y actualización en la página web institucional, a fin de garantizar información vigente, confiable y accesible para los usuarios.

**Observación 5:** Se identifica la falta de señalética adecuada para personas en condición de discapacidad visual, auditiva y otros idiomas. La señalización institucional debe ser inclusiva y accesible, incorporando recursos que faciliten la orientación de estas poblaciones, así como información en otros idiomas para garantizar una comunicación efectiva con todos los usuarios.

**Observación 6:** Se evidencia que aunque existe una política de atención preferencial para personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes y menores de edad en el proceso de asignación de citas, el servicio no cuenta con un turnero que permita la clasificación y priorización de esta atención en la sede de castilla, lo que limita la aplicación efectiva de dicha política.

**Observación 7:** Al verificar el funcionamiento de la línea 018004133626 publicada en la página web del Hospital, se evidencia que no se tiene respuesta a las llamadas, lo que impide una comunicación oportuna y efectiva con los usuarios a través de este canal.

**Observación 8:** Durante el seguimiento del IV Trimestre, se aumentó el número de quejas por falta de disponibilidad de agenda de los especialistas.

**Observación 9:** Se continua el incremento de quejas en el servicio de cirugía por falta de insumos para la prestación de los servicios de salud.

### 3.4 Recomendaciones

- Se recomienda fortalecer la gestión de la oportunidad en la atención especializada, mediante acciones que permitan mejorar la disponibilidad de agendas y garantizar una atención oportuna a los usuarios, con el fin de disminuir el número de quejas relacionadas con la disponibilidad de agendas de los especialistas.
- Dar trazabilidad a la solicitud realizada desde la oficina de SIAU al área de gestión humana para fortalecer los procesos de capacitación en la política de humanización de la institución, con el fin de prevenir futuras situaciones y promover un trato respetuoso y cercano hacia los usuarios. mantener canales de atención eficientes y accesibles.
- Motivar a los usuarios para que depositen sus quejas, reclamos y sugerencias y complementar las actividades con material educativo visual y mecanismo rápida de comprensión.
- Realizar el seguimiento de los planes de mejoramiento de SIAU, definiendo controles preventivos y correctivos desde el mecanismo de control interno.
- Realizar análisis periódicos de los indicadores de satisfacción y de oportunidad de respuesta, asegurando el cumplimiento de las metas institucionales y la implementación de acciones de mejora frente a desviaciones encontradas.
- Publicar en la página web los procedimientos actualizados de SIAU.
- Capacitación al equipo de SIAU sobre lenguaje inclusivo enmarcando el compromiso institucional, la accesibilidad y la eliminación de barreras de comunicación. Garantizando una atención equitativa y digna para las personas con discapacidad auditiva, en concordancia con los principios de igualdad y enfoque diferencial en los servicios de salud.



#### 4. CONCLUSIONES

Una vez finalizada la revisión de la información recibida para el presente seguimiento, es pertinente resaltar el compromiso, la disposición y el trabajo proactivo del equipo responsable del proceso, quienes han demostrado una gestión orientada al mejoramiento continuo institucional.

Durante el período evaluado se registró un alto volumen de manifestaciones, principalmente concentradas en solicitudes de tipo petición, las cuales representaron más del 90 % del total mensual. Este comportamiento indica una mayor demanda de información, trámites y orientación por parte de los usuarios, más que inconformidades asociadas a la prestación del servicio, lo que evidencia una adecuada canalización de las necesidades ciudadanas a través de los mecanismos institucionales dispuestos.

Se destaca la reducción significativa en el porcentaje de quejas frente a meses anteriores, así como la ausencia de reclamos, sugerencias y denuncias durante el trimestre, lo cual sugiere un nivel aceptable de satisfacción con los servicios prestados y una mejora en la calidad de la atención. Adicionalmente, la presencia constante de felicitaciones refuerza la percepción positiva de los usuarios y el reconocimiento a la labor institucional.

Las situaciones relacionadas con quejas por trato del personal fueron gestionadas de manera oportuna con los líderes de las áreas correspondientes, adoptándose las acciones correctivas necesarias y promoviendo, de manera articulada con Gestión Humana, el fortalecimiento de la política de humanización, como estrategia preventiva y de mejora continua.

En síntesis, los resultados del cuarto trimestre de 2025 reflejan una gestión estable, oportuna y controlada de las PQRSDF, con avances significativos en la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tiempos de respuesta, constituyéndose en una base sólida para consolidar las acciones de mejora y continuar fortaleciendo la atención al usuario en los períodos siguientes.

Cordialmente,

**KELLY JOHANA FLOREZ URIBE**  
Profesional de apoyo control interno

|                                                                                                                                                                                                                    | NOMBRE – CARGO                                                    | FIRMA | FECHA      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| <b>PROYECTÓ</b>                                                                                                                                                                                                    | Kelly Johana Flórez Uribe<br>Profesional de apoyo control interno |       | 15/01/2025 |
| <b>REVISÓ</b>                                                                                                                                                                                                      | Kelly Johana Flórez Uribe<br>Profesional de apoyo control interno |       | 15/01/2025 |
| <b>APROBÓ</b>                                                                                                                                                                                                      | Kelly Johana Flórez Uribe<br>Profesional de apoyo control interno |       | 15/01/2025 |
| Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma. |                                                                   |       |            |