

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 13

Oficio de seguimiento

107.04.08

Informe de Seguimiento Oficina de Control Interno

PROCESO AUDITADO:	Seguimiento a las quejas, sugerencias y peticiones, felicitaciones presentadas al sistema de información y atención al usuario, del tercer trimestre del 2025
JEFE DEL PROCESO:	Víctor Fabio Gómez Franco -jefe Oficina Asesora de Control Interno.
OBJETO:	-Verificar el cumplimiento de las actividades del Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU). -Realizar seguimiento a los procedimientos de: Manejo de Buzón de Sugerencias, Trámite de sugerencias, quejas y felicitaciones. - Verificar la consolidación de las quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias de los usuarios y -Verificar el diligenciamiento de los indicadores y su seguimiento.
ALCANCE:	El informe en mención evalúa el tercer trimestre comprendido entre julio y septiembre del 2025.
MARCO NORMATIVO:	Constitución Política de Colombia: En su artículo 23 establece "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las Autoridades por motivos de interés general o Particular y a obtener pronta resolución. Ley 87 de 1993: "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones "artículo 12 literal i) "Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente". Decreto 1757 del 3 de agosto del 1994, artículo 4, servicio de atención de la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizaran un servicio de atención a la comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud se deberá a través suyo, velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones. Norma técnica colombiana NTC-ISO 1002 del 2005, Gestión de la calidad, satisfacción del cliente. Directrices para el tratamiento de quejas en las organizaciones Resolución 14437 de 1991, por la cual se constituye los mites de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los pacientes Resolución 0182, del 10 de mayo del 2010, del Hospital universitario San José de Popayán "E.S.E, mediante la cual se adopta los deberes y derechos del paciente Código de ética, formato de quejas y reclamos. Ley 1474 de 2014: "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" en su artículo 76 establece" 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 ".

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca

Email: GESCONTROL@HOSPITALSANJOSE.GOV.CO

Líneas de atención: 6028234508 EXT. 115

Oficina de atención al usuario: 6028234508 EXT. 202

www.hopitalsanjose.gov.co

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 2 de 13

	Decreto 1166 del 2016, por el cual se adicional el capítulo 12 al Título 3 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto del 1069 del 2015, Decreto Único reglamentario del Sector de Justicia y del derecho, relacionado con representación, tratamiento y raditaciones las peticiones presentadas verbalmente.
	Decreto 943 del 21 de mayo de 2014: "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI 2014 en su componente Información y comunicación interna establece como elementos mínimos: Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios, Sistema de Información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos, punto de atención al usuario.
	Resolución 0286 del 18 de marzo de 2017: "Por medio de la cual se ajusta el Plan Anticorrupción para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E "establece en su componente 4 los mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano a través de Buzón de Sugerencias, Atención de Quejas, reclamos y sugerencias en la Oficina de SIAU, Medición de la Satisfacción del usuario, Sistema Integral de Atención al Usuario, Liga de Usuarios.
	Resolución 256, del 5 de febrero del 2016. Que tiene como objetivo , dictar disposiciones, relacionadas con el sistema de calidad , como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud – SOGCS del SGSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre si y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho sistema
	Resolución: 054 del 2017, del 30 de enero del 2017, por el cual se reglamenta el tramite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias en el Departamento Administrativo de la Función Pública.
	Decreto N°648 del 19 de abril de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública."
	Resolución 0161 de 2022 por medio de la cual se reglamenta el trámite interno de Peticiones, Quejas, Reclamos, sugerencias y Denuncias en el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social de Estado.
FECHA DE AUDITORIA:	Inicio: 13 de octubre 2025 Finaliza: 16 de octubre de 2025
METODOLOGIA:	Se solicitó a la Oficina de Sistema de atención al usuario SIAU el consolidado de PQRSF los planes de mejoramiento y los seguimientos de los indicadores del tercer trimestre del 2025.

La oficina de control interno realiza seguimiento a estas actividades y verifica las evidencias presentadas por el SIAU. La siguiente información es parte del informe de gestión del servicio de información y atención al usuario.

Durante el tercer trimestre del año 2025 se realizaron actividades educativas con los usuarios en las diferentes áreas del hospital. Se aborda usuarios en salas de espera de consulta externa, imágenes, cirugía, urgencias ginecología, urgencias adulto, Rehabilitación, oncología entre otros.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 3 de 13

En total se tiene registrados 14.883 usuarios que recibieron información sobre sus derechos y deberes durante el tercer trimestre del año 2025. En lo corrido del año van 42.597 usuarios informados en temas de derechos y deberes, canales de comunicación y requisitos de servicios.

 EDUCACIÓN 2025										
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
MEDICAS II	82	71	82	77	67	85	33	47	53	597
QUIRURGICAS II	56	60	97	89	86	73	37	51	110	659
QUIRURGICAS I	95	87	101	85	82	110	69	90	100	819
MEDICAS I	96	69	69	100	96	82	61	40	70	683
URGENCIAS GINECOLOGIA	65	81	90	83	114	52	60	90	90	725
GINECOLOGIA	192	166	160	179	210	222	203	183	180	1695
MEDICOQUIRURGICAS II	88	92	111	82	133	79	47	80	63	775
MEDICOQUIRURGICAS I	79	96	102	72	71	96	80	79	80	755
MEDICOQUIRURGICAS III	54	85	56	64	45	48	37	15	43	460
PEDIATRIA	91	153	160	102	146	118	102	92	165	1180
MEDICOQUIRURGICAS IV	63	65	74	71	38	56	41	74	77	559
TRAUMATOLOGIA	85	108	107	113	111	129	97	120	147	1047
URGENCIAS PEDIATRIA	67	83	93	120	135	42	70	39	59	708
ONCOLOGIA (quimioterapia)	77	73	70	83	55	29	39	52	70	548
REHABILITACION	34	46	80	73	67	105	80	92	75	702
CONSULTA EXTERNA	451	543	569	530	635	386	1051	766	1060	6166
UCIP 1	42	26	28	18	17	28	26	36	21	246
NEONATOS	53	70	108	135	138	100	140	127	125	1024
UCIP 2	28	30	24	19	17	22	20	33	24	221
SALA DE CIRUGIA	180	201	173	180	240	182	240	240	240	1876
IMAGENES DIAGNOSTICAS	95	117	155	170	208	274	210	228	270	1870
URGENCIAS	1057	1751	1844	1531	1766	1342	1461	1318	1730	14036
UCINT II 4 PISO	73	61	72	100	60	75	89	62	72	690
UCI 1	51	40	31	75	34	32	61	36	45	420
UCI2	39	56	25	63	51	76	28	41	52	441
UCI 3	16	31	33	47	30	49	32	56	44	347
POBLACION NASA	38	45	104	75	66	105	120	60	82	695
POBLACION MISAK	29	60	49	45	40	30	30	45	40	368
ENDOSCOPIA	65	125	120	135	135	86	120	115	120	1021
UCINT I 3 PISO		67	74	80	107	97	39	32	85	607
UNIDAD MENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD DE QUEMADOS	38	37	20	30	20	19	12	10	11	197
PATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANGIOGRAFIA	0	0	0	0	0	15	63	44	20	146
FARMACIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	30	87	44	41	217
NEFROLOGIA	0	0	0	0	0	0	36	46	15	97
TOTAL	3479	4595	4881	4626	5020	4229	4735	4349	5403	42597



Durante el tercer trimestre del año 2025 se cumplió con las actividades de inducción a colaboradores nuevos y grupos de estudiantes que van a realizar practica en el hospital acorde al cronograma establecido, brindando información sobre el proceso SIAU, la gestión de pqrst, medición de satisfacción y el cumplimiento de los derechos a los usuarios.

Los días 19 y 20 de agosto, se realizó la jornada de sensibilización en enfoque diferencial, dirigida a todos los colaboradores del Hospital universitario san José de Popayán.



Se participó en la jornada de encuentro de saberes desde el área de ruta materno perinatal, en la cual el SIAU participó con las intérpretes de lengua de señas y que permitió el enriquecimiento mutuo, dejando claro las expectativas de servicio a la población indígena.



Se realizó la jornada de conmemoración del día internacional de la lengua de señas, el día 23 de septiembre, mediante una jornada educativa, cultural y articulada entre las áreas de participación ciudadana, SIAU y rutas, esto permitió convocar a la comunidad sorda del colegio la Pamba y la normal de señoritas, además de los representantes de la organización de la comunidad sorda. En esta jornada se hizo sensibilización por parte de la comunidad sorda hacia los colaboradores del hospital Universitario san José de Popayán.



Se inició cronograma de capacitación en el mes de septiembre para colaboradores de los servicios de atención al usuario, con el objetivo de reforzar atención al usuario con discapacidad, todo esto en convenio con HUSJ y el SENA. Para ellos se realiza en cuatro jornadas la capacitación en divulgación tecnológica de lengua de señas, la cual se encuentra en proceso desde el mes de septiembre.

De las actividades educativas realizadas se realizaron los informes respectivos, con las evidencias y se entregaron como parte de este informe a las áreas correspondientes.

Acorde al cronograma de capacitaciones y plan de trabajo, se brindó capacitación a la asociación de usuarios en temas de certificación ISO-2001, previendo la visita del ICONTEC del mes de Junio de 2025.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 6 de 13

GESTION DE LAS PQRSF TERCER TRIMESTRE 2025

Durante el tercer trimestre del año 2025, se cumple con la gestión de las pqr que ingresan por los diferentes canales de comunicación, se hace el registro en el sistema de gestión Nexura y se da respuesta acorde a los tiempos, teniendo en cuenta los siguientes resultados:

VENTANILLA UNICA: Se recibe a diario las pqr que ingresan por ventanilla única y se tramitan al interior del SIAU a través del aplicativo NEXURA o del correo. Lo que más llega son peticiones de asignación de citas o programación de cirugía.

La apertura de buzones se realiza dos veces por semana, con acompañamiento de la asociación de usuarios, la personería municipal, secretaria de salud y humanización, la oficina de Control Interno también realiza acompañamiento en algunas oportunidades.

Durante el tercer trimestre se programaron 26 aperturas y se realizaron 26 para un cumplimiento del 100%.

											
APERTURA DE BUZONES 2025											
FECHA	FORMATOS ENCONTRADOS	QUEJAS	QUEJAS INTERNA	SUGERENCIAS	RECLAMO SIMPLE	CLAMO PRIORIZAMOS	RIESGO DE V	PETICIONES	DENUNCIA	FELICITACIONES	NO TRAMITADOS
04-07-2025	110	8	1	8	7	0	0	0	0	87	0
08-07-2025	103	5	0	12	4	0	0	1	0	85	0
11-07-2025	86	3	0	12	1	0	0	0	0	82	0
15-07-2025	83	9	0	7	6	0	0	2	0	67	0
18-07-2025	90	2	0	3	6	0	0	1	0	79	0
22-07-2025	107	4	0	16	6	0	0	1	0	91	0
25-07-2025	81	5	1	2	5	0	0	2	0	71	0
29-07-2025	82	7	0	17	9	0	0	1	0	63	0
TOTAL JULIO	835	49	2	82	47	0	0	8	0	709	0
01-08-2025	86	3	4	1	9	1	0	2	0	97	0
05-08-2025	99	3	1	12	3	0	0	0	0	74	0
08-08-2025	70	2	1	5	9	0	0	1	0	55	0
12-08-2025	83	5	0	7	13	0	0	0	0	67	0
15-08-2025	69	0	0	7	12	0	0	0	0	55	0
19-08-2025	77	3	4	6	8	0	0	0	1	68	0
22-08-2025	73	5	1	2	8	0	0	0	0	59	0
26-08-2025	91	7	0	3	5	0	0	0	0	81	0
29-08-2025	75	8	0	6	5	0	0	0	0	62	0
TOTAL AGOSTO	723	36	7	49	72	0	0	1	1	618	0
02-09-2025	54	2	0	7	6	0	0	0	0	43	0
05-09-2025	67	5	1	7	4	0	0	0	0	54	0
09-09-2025	71	0	0	4	1	0	0	3	0	65	1
12-09-2025	92	1	0	9	3	0	0	2	0	80	1
16-09-2025	96	6	0	8	10	0	0	0	0	78	0
19-09-2025	98	2	0	7	9	0	0	0	0	89	0
23-09-2025	128	5	1	11	13	1	0	0	0	110	1
26-09-2025	99	5	0	6	8	0	0	0	0	84	0
30-09-2025	77	5	0	7	2	0	0	0	0	67	1
TOTAL SEPTIEMBRE	782	31	2	66	56	1	0	5	0	670	4

En las 26 aperturas se recolectaron por buzones, 2340 formatos en los cuales se discrimina las 11.381 pqr que se recibieron.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 7 de 13

Por buzones se recibieron en lo corrido del año 11381 pqrfs, las cuales se suman a las recibidas por ventanilla única, por plataforma web y por correo institucional, para ser gestionadas en su totalidad. De cada apertura se deja un acta que consolida las pqrfs de los 27 buzones y las discrimina o tipifica y se deja con la firma de cada uno de los participantes.

De acuerdo al tipo de pqrfs se caracteriza de la siguiente manera:

Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	1993
Reclamo de riesgo simple	204
Queja (por atención de funcionario)	155
Sugerencia	101
Petición	45
Queja interna	19
Reclamo de riesgo priorizado	5
Denuncia	4
Resultados imágenes diagnósticas	3
Total general	2529

Se reciben 2529 pqrfs, de las cuales el 78,8 % son felicitaciones. Las quejas alcanzan el 6% del total y los reclamos simples son el 8%.

Se reciben 36 peticiones de las cuales 34 se respondieron oportunamente con un Cumplimiento del 94,4%.

Numerador				Denominador					Rango de calificación				
Número de peticiones respondidas dentro del tiempo normativo				Número total de peticiones recibidas en el periodo					Satisfactorio		≥ 80%		
									Insatisfactorio		< 80%		
Fuente Numerador				Fuente Denominador					Valor obtenido en el periodo				
Reporte aplicativo PQRS				Reporte aplicativo PQRS					94,44%				
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Numerador	12	13	16	15	15	18	12	12	10				127
Denominador	12	13	16	15	17	19	12	12	12				132
Resultado	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	88,24%	94,74%	100,00%	100,00%	83,33%				95,21%
Vigencia anterior													
Trimestre	100,00%			94,55%			94,44%						
Referente de													
Meta	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

CONTROL INTERNO

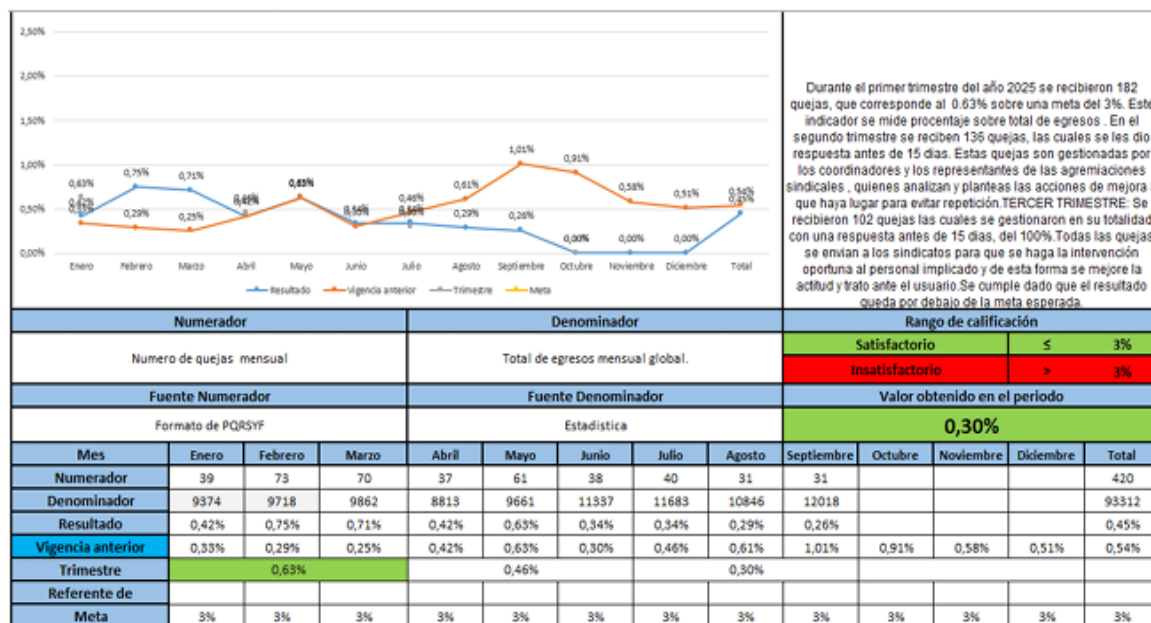
FO-ARH-01

Versión: 05

Página 8 de 13

Durante el tercer trimestre del año 2025 se recibieron 102 quejas que comparado con el segundo trimestre disminuyeron en 34 las quejas, las cuales se gestionaron oportunamente antes de los 15 días dando respuesta a los usuarios.

Las quejas recibidas en su mayor número hacen referencia a que el usuario tuvo una percepción de mal trato por la actitud, falta de empatía, falta de humanización del personal. El tercer lugar es la falta de información no suministrada por los colaboradores. Estas quejas son gestionadas por los coordinadores y los representantes de las agremiaciones sindicales, quienes analizan y plantean las acciones de mejora a que haya lugar para evitar repetición. La oficina de Control Interno realiza el seguimiento de estas actividades.



Los diferentes servicios implementan acciones de mejora, en planes que comparten al SIAU y alimentan el plan de acción de cada proceso.

Durante el tercer trimestre se reciben 1830 felicitaciones que corresponden al 80,75% del total de pqrsf recibidas en el trimestre, con ellas se confirma la satisfacción espontánea que los usuarios manifiestan y que es congruente con el 99,38% de satisfacción medido en las encuestas.

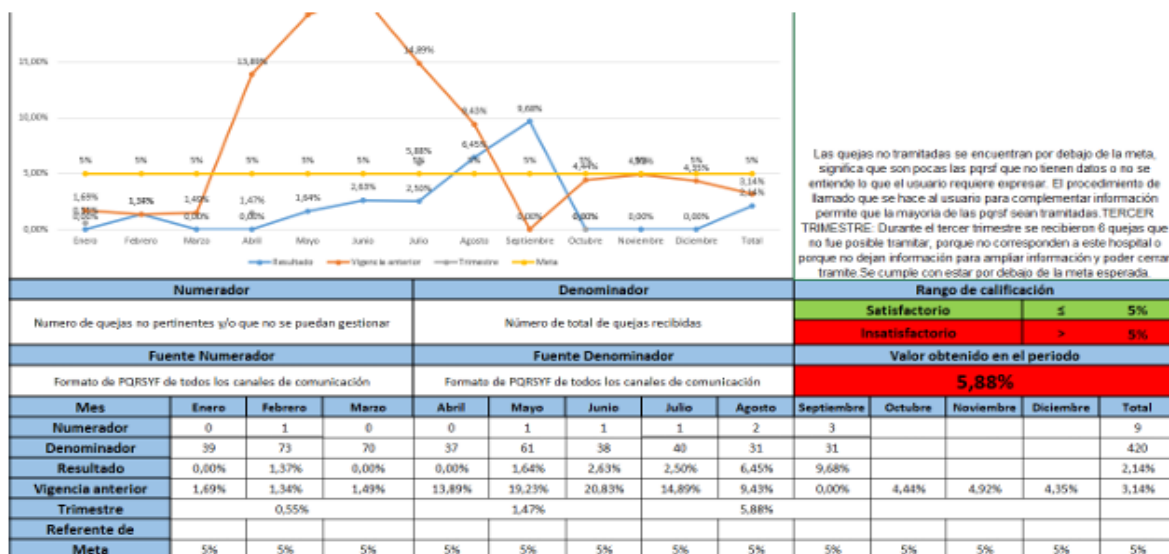
CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 9 de 13

Las quejas no tramitadas son minimas , los ajustes realizados en la pagina donde se dejo claro el nombre de la ciudad de ubicación del hospital, hace que ya no se confundan usuarios de otras ciudades con hospitales de similar nombre.



En el tercer trimestre del año 2025 se implementó plan de mejora dado que se requiere cumplir los tiempos de norma, esto permitio que de 134/136 quejas se respondieran antes de los 15 años. Se cierra el tercer trimestre con un cumplimiento del 98,53%.



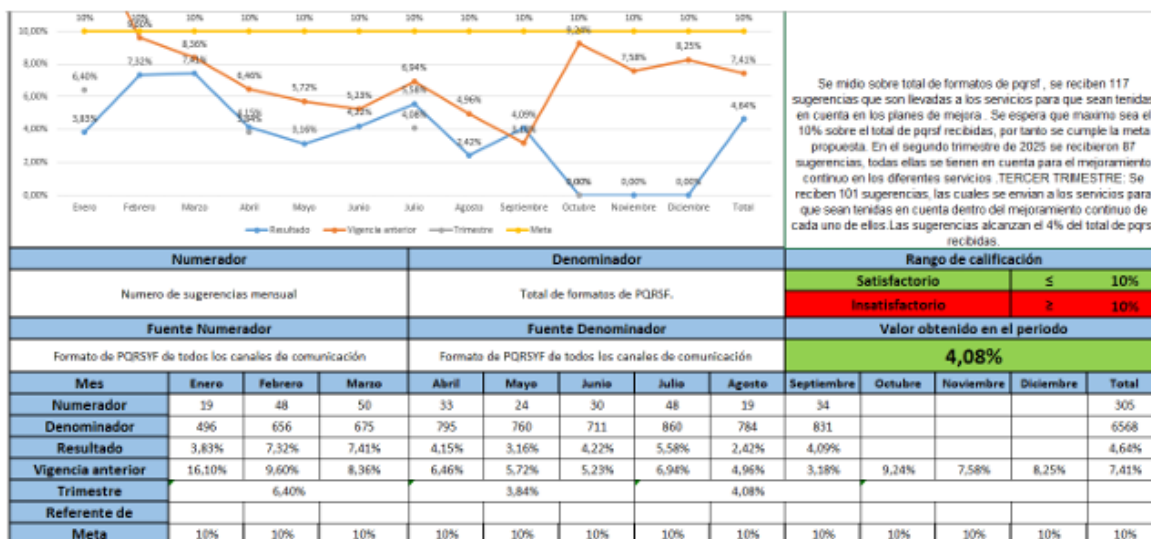
CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 10 de 13

En el tercer trimestre de 2025 se recibieron 87 sugerencias, todas ellas se tienen en cuenta para el mejoramiento continuo en los diferentes servicios. Se cierra el trimestre con un resultado del 3,84% ante una meta del 10%.



En el tercer trimestre del año 2025 se recibieron 106 reclamos clasificados como simples, el objetivo es darles respuesta en los tiempos de norma establecidos por la Supersalud, que para este caso es de 72 horas. Se logra un resultado del 91,38%, quedando con la meta cumplida.

Para el tercer trimestre se tiene un total de 9 reclamos priorizados los cuales se 8 resolvieron dentro de las 48 horas y por ello el cumplimiento del 88,89%. Se logra cerrar el tercer trimestre por encima de la meta establecida .

Durante el tercer trimestre del año 2025 no se recibieron reclamos riesgo de vida por los canales de comunicación que el hospital ha dispuesto para las pqrsl.

Según el reporte de quejas, de 136 recibidas, el 67,6% se relacionan con el trato recibido, los usuarios manifiestan falta de empatía y humanización. La segunda causa es la falta de oportunidad para atenderle en un servicio y ocupa el 14,7% y la tercera causa de queja está relacionada con la información suministrada, que no se da, que no es oportuna o no es unificada. Todas las quejas son gestionadas por las coordinaciones y por los representantes legales de las agremiaciones sindicales.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

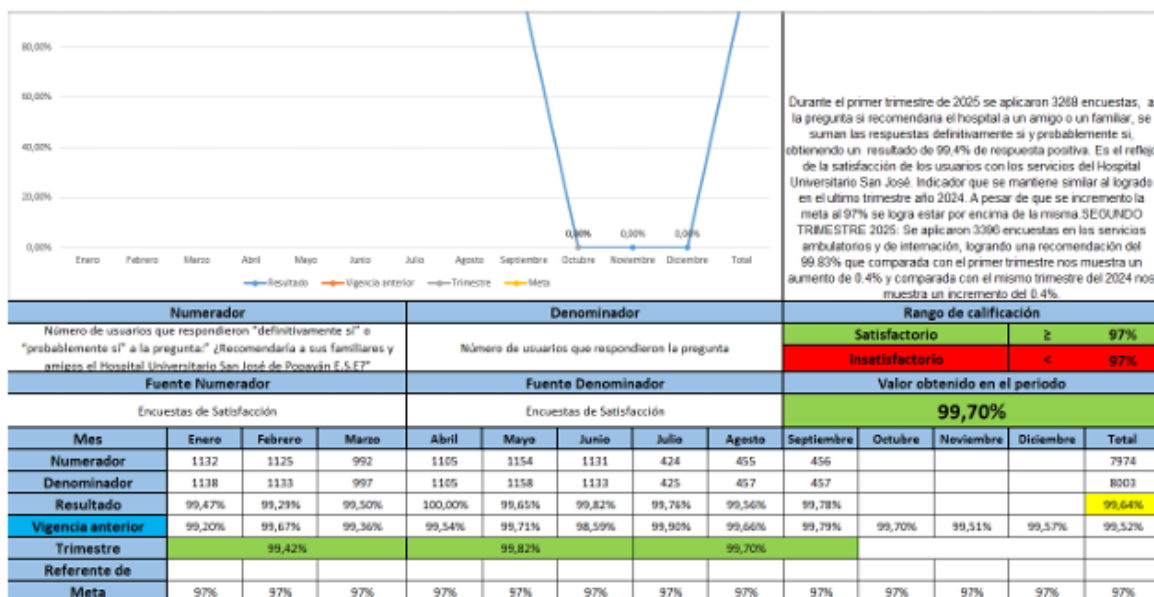
Página 11 de 13

En relación a los reclamos , la oportunidad en asignación de citas especializadas y en programación de cirugía es lo común de los reclamos. El segundo lugar lo ocupa la información suministrada con 31 eventos y en tercer lugar los reclamos se asocian a seguridad del paciente.

Reclamo de riesgo priorizado	Falta de oportunidad	2
	Información suministrada	2
	Privacidad en atención	1
Total Reclamo de riesgo priorizado		5
Reclamo de riesgo simple	Falta de oportunidad	126
	Hotelería y confort	14
	Información suministrada	31
	Privacidad en atención	2
	Seguridad	16
	Trato recibido	15
Total Reclamo de riesgo simple		204

MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO

Durante el tercer trimestre del año 2025 se aplicaron 1339 encuestas de las cuales 1333 están satisfechos con el servicio, para un 99,5% de satisfacción global.



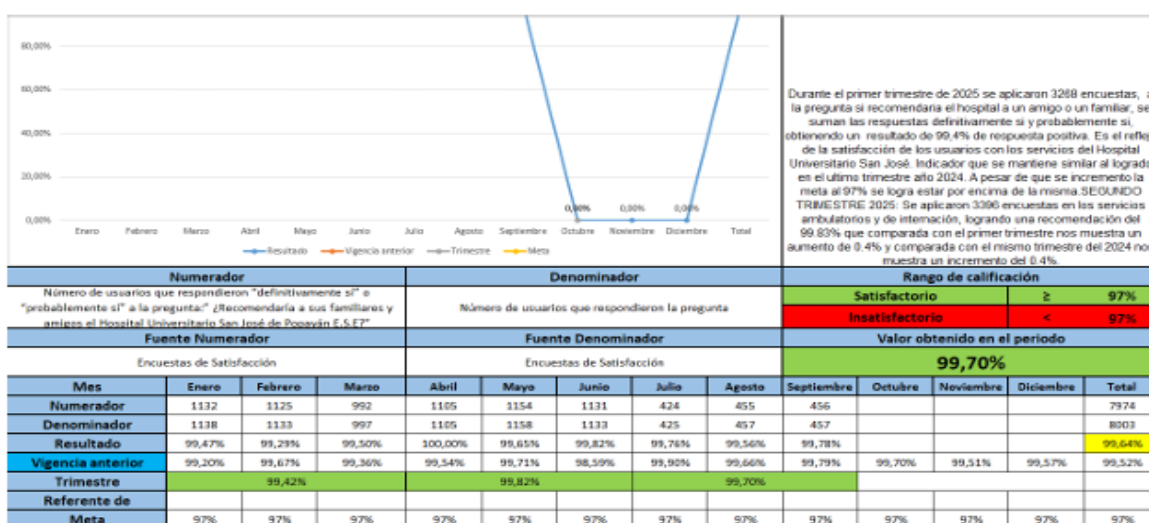
CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 12 de 13

Así mismo en la medición de la recomendación al hospital como IPS, de los 1339 usuarios encuestados 1335 usuarios recomendarían a un familiar o amigo venir al hospital, lo que corresponde al 99,7% de los encuestados. Se entregó información de indicadores a las diferentes áreas de calidad, indicadores, planeación y subgerencia científica, para alimentar información institucional acorde a la normatividad vigente.



En el tercer trimestre se hizo sensibilización de enfoque diferencial para todos los colaboradores del hospital en el cual se recordó a todos, la importancia de aceptar al paciente y familia con sus diferencia, creencias y costumbres, orientación sexual y vulnerabilidad. Participaron en este evento las áreas de psicosocial, ruta materno perinatal, venta de servicios, humanización y atención al usuario.



CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

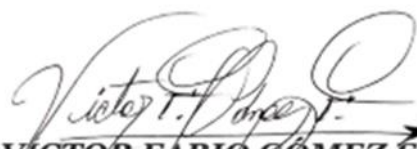
Página 13 de 13

El servicio de UCI P, desarrolla estrategias de enfoque diferencial relacionadas con la implementación de hamacas para los niños que no logran conciliar el sueño en cama.

En el área de consulta externa se continua con el apoyo en la orientación de requisitos, derechos y organización de filas preferenciales, las cuales requieren de 4 orientadores permanentes, dado el alto volumen de usuarios que se están programando. (Promedio 11.000). Con todas estas actividades se fortalece en todos los servicios la atención humanizada con enfoque diferencial.

CONCLUSIONES

- Se cuenta con interprete de lengua de señas, es un plus para el hospital y una oportunidad para la comunidad sorda del departamento.
- El sistema de gestión Nexura ha permitido mostrar una trazabilidad completa y muy favorable al seguimiento para el hospital.
- Durante el tercer trimestre del año 2025 no se recibieron reclamos riesgo de vida por los canales de comunicación que el hospital ha dispuesto para las Pqrsf.
- Se cumple de manera satisfactoria por parte del Siau con todos los requerimientos en cuestión de indicadores y apoyo a la gestión institucional.



VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora Control Interno
Hospital Universitario San José