



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

OFICINA CONTROL INTERNO

INFORME

INFORME DE PQRS

E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

Puerto Caicedo - Putumayo

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
VIGENCIA 2026**



1. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia reconoce el derecho fundamental que tienen todas las personas a presentar peticiones respetuosas ante las autoridades y obtener una respuesta oportuna, completa y de fondo. En el sector salud, este derecho adquiere una importancia especial, debido a que constituye uno de los principales mecanismos mediante los cuales los usuarios expresan su percepción sobre la calidad de los servicios recibidos, comunican situaciones que afectan la prestación del servicio o reconocen las buenas prácticas desarrolladas por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) representan un instrumento de participación ciudadana que permite a las instituciones conocer de manera directa la experiencia de los usuarios, identificar los factores de riesgo, fortalecer los procesos institucionales y desde luego promover la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez, en ejercicio de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017, realizó el seguimiento independiente a la gestión de las PQRSF correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026.

El presente informe constituye una evaluación objetiva e independiente del funcionamiento del proceso institucional de gestión de PQRSF, orientada a verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, la aplicación de los procedimientos internos, la efectividad de los mecanismos de atención al usuario y el grado de implementación de acciones dirigidas al mejoramiento continuo.

Para el desarrollo del presente seguimiento se tomó como fuente principal el informe semestral elaborado por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), así como la información documental relacionada con las actas de apertura de buzones, registros de evaluación del proceso, consolidado estadístico de PQRSF y demás evidencias suministradas por la dependencia responsable.

Es importante tener en cuenta que el presente documento no reemplaza el informe elaborado por el SIAU. Mientras dicho informe tiene un carácter operativo y descriptivo, el presente documento desarrolla un ejercicio de evaluación independiente desde la perspectiva del Sistema de Control Interno, identificando fortalezas, debilidades, riesgos y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia, transparencia y de calidad en la prestación de los servicios de salud.



OFICINA CONTROL INTERNO

El informe realizado por la Oficina de Control Interno también busca fortalecer la cultura institucional del autocontrol, la autorregulación y la autogestión, principios fundamentales del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), mediante la formulación de recomendaciones orientadas a mejorar la capacidad institucional para responder de manera oportuna y efectiva a las necesidades y expectativas de los usuarios.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evaluar la gestión institucional de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez durante el I semestre de 2026, verificando el cumplimiento del marco normativo aplicable, la efectividad de los procedimientos institucionales, la oportunidad en la atención de las manifestaciones ciudadanas y la implementación de acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar el comportamiento estadístico de las PQRSF registradas durante el período objeto de seguimiento.
- Identificar los servicios institucionales que muestran mayor número de PQRSF.
- Analizar causas recurrentes que originan las quejas presentadas por los usuarios.
- Evaluar la efectividad de los mecanismos institucionales establecidos para la recepción, trámite, seguimiento y cierre de las PQRSF.
- Verificar la implementación y seguimiento de las acciones de mejoramiento derivadas de las PQRSF manifestadas por los usuarios.
- Formular recomendaciones dirigidas al fortalecimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario y del Sistema de Control Interno Institucional.

3. ALCANCE

El presente seguimiento comprende la evaluación de la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones recibidas por la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026.

La evaluación incluyó la revisión de la información consolidada por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), el análisis de los registros estadísticos de PQRSF, las actas de apertura de buzones institucionales, los documentos de seguimiento disponibles, las causas identificadas en las manifestaciones de los usuarios y el plan de mejoramiento formulado para atender las situaciones recurrentes detectadas.

No hizo parte del alcance la verificación individual del contenido de cada expediente de PQRSF ni la evaluación de responsabilidad disciplinaria o administrativa de servidores públicos, por cuanto el objetivo del presente seguimiento se orienta a evaluar el desempeño del proceso institucional y la eficacia de los controles implementados, no de la búsqueda de culpables.



4. MARCO NORMATIVO

La evaluación desarrollada por la Oficina de Control Interno se fundamentó en el siguiente marco jurídico:

- **Ley 87 de 1993:** Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades del Estado y se definen sus objetivos, componentes y responsabilidades.
- **Ley 1755 de 2015:** Regula el derecho fundamental de petición y establece los términos para la atención de las solicitudes formuladas por los ciudadanos.
- **Ley 1751 de 2015:** Ley Estatutaria de Salud, que reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo y garantiza la atención con criterios de calidad, oportunidad y continuidad.
- **Decreto 780 de 2016:** Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- **Decreto 648 de 2017:** Fortalece el rol de las Oficinas de Control Interno como instancia independiente de evaluación y seguimiento institucional.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG;** Especialmente la Política de Servicio al Ciudadano, la Política de Control Interno y el componente de Evaluación Independiente.

5. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno desarrolló el presente seguimiento mediante una auditoría documental con enfoque de evaluación independiente, aplicando técnicas de revisión, análisis y verificación sobre la información suministrada por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU). Las actividades ejecutadas comprendieron:

- Revisión del informe semestral de PQRSF.
- Verificación del consolidado estadístico de manifestaciones ciudadanas.
- Revisión de las actas de apertura de buzones.
- Verificación de las actas de seguimiento disponibles.
- Análisis de las causas que originaron las quejas.
- Evaluación del plan de mejoramiento formulado.



- Identificación de riesgos asociados al proceso.
- Elaboración de observaciones, conclusiones y recomendaciones desde la perspectiva del Sistema de Control Interno.

6. ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE GESTIÓN DE PQRSF

La gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) constituye uno de los principales mecanismos de interacción entre la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez y los usuarios de los servicios de salud. Su adecuada administración permite no solo garantizar el ejercicio del derecho fundamental de petición, sino también identificar oportunidades de mejoramiento en la prestación de los servicios, fortalecer la cultura de servicio y consolidar estrategias institucionales orientadas a la satisfacción del usuario.

Durante el I semestre de la vigencia 2026, el proceso de recepción de PQRSF fue administrado por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), utilizando los canales institucionales definidos para tal fin como son:

- Oficina de atención al usuario.
- Buzones físicos ubicados en diferentes servicios.
- Atención verbal.
- Correo electrónico.
- Página web.
- Línea telefónica institucional.

Estos mecanismos buscan garantizar la accesibilidad de los usuarios a los canales de comunicación con la entidad y facilitan la recepción de sus PQRSF.

Desde la perspectiva del Sistema de Control Interno, el proceso de gestión de PQRSF se constituye en un medio de control importante para la administración del riesgo institucional, en la medida en que permite identificar de manera temprana situaciones que pueden afectar la calidad del servicio, la seguridad del paciente, la satisfacción de los usuarios y la imagen institucional.

Por tanto, la información derivada de las PQRSF debe ir mucho más allá del simple registro estadístico y convertirse en un insumo para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, los líderes de proceso y sobre todo el Comité Institucional de Calidad (PAMEC).



7. COMPORTAMIENTO GENERAL DE LAS PQRSF

Como resultado de la revisión efectuada al consolidado institucional, se evidenció que durante el primer semestre de 2026 fueron registradas treinta y ocho (38) solicitudes ciudadanas entre Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones. La distribución fue la siguiente:

TIPO DE MANIFESTACIÓN	CANTIDAD	PARTICIPACIÓN
Quejas	23	60,53 %
Felicitaciones	13	34,21 %
Peticiones	1	2,63 %
Sugerencias	1	2,63 %
Reclamos	0	0,00 %
Total	38	100 %

El análisis permite establecer que las **QUEJAS** constituyen el mecanismo de participación predominante durante el I semestre 2026, representando más de la mitad de todas las manifestaciones registradas. Este comportamiento merece especial atención, dado que las quejas reflejan inconformidades relacionadas con la prestación efectiva de los servicios y constituyen un indicador indirecto de riesgos operacionales y asistenciales.

En contraste, las felicitaciones representaron el 34,21 % del total de registros, aspecto que evidencia el reconocimiento de los usuarios hacia determinados funcionarios y servicios de la institución. La coexistencia de un número importante de felicitaciones y de quejas indica que la percepción de la calidad del servicio no es homogénea entre las diferentes áreas evaluadas.

No se registraron reclamos durante el período evaluado. Si bien este dato puede interpretarse como un resultado favorable, la Oficina de Control Interno considera pertinente verificar periódicamente que la clasificación de las manifestaciones se esté realizando conforme a los criterios institucionales, es decir que los usuarios tengan claridad del mecanismo que tienen en su poder para poder interactuar con la entidad, con el fin de evitar que reclamos sean registrados como quejas o peticiones.



8. COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LAS PQRSF

La distribución mensual fue la siguiente:

MES	TOTAL DE PQRSF
Enero	2
Febrero	4
Marzo	6
Abril	9
Mayo	11
Junio	6

La evidencia de los soportes muestra un incremento progresivo de las manifestaciones entre enero y mayo, alcanzando el mayor número de registros en mayo con once (11) casos, seguido por abril con nueve (9). En junio se observa una disminución hasta seis (6) registros.

Esta tendencia no debe interpretarse únicamente como un aumento de las inconformidades generadas a través de las PQRSF, sino también puede estar asociada a factores como:

- Incremento de la demanda de servicios.
- Mayor utilización de los mecanismos de participación por parte de los usuarios.
- Fortalecimiento del proceso de recepción de PQRSF.
- Situaciones coyunturales en algunos servicios asistenciales.

Sin embargo, el incremento observado durante abril y mayo coincide con la concentración de quejas en servicios de alta demanda, lo que sugiere la necesidad de realizar un seguimiento específico a las condiciones operativas de dichos servicios.

La Oficina de Control Interno considera recomendable que la institución implemente un análisis mensual de tendencias que permita identificar oportunamente incrementos inusuales en las PQRSF y adoptar medidas preventivas antes de que las situaciones generen un mayor impacto institucional.



9. ANÁLISIS POR TIPO DE MANIFESTACIÓN

9.1 Quejas

Las veintitrés (23) quejas registradas durante el semestre representan el principal mecanismo utilizado por los usuarios para expresar inconformidades con la prestación de los servicios.

Ya habíamos dicho que las quejas constituyen una fuente primaria para la identificación de riesgos institucionales, ya que permiten detectar fallas relacionadas con la oportunidad, continuidad, accesibilidad, trato humanizado, suficiencia del talento humano y disponibilidad de recursos físicos y tecnológicos.

Las causas identificadas muestran que la mayoría de las PQRSF no corresponden a eventos aislados, sino a situaciones repetitivas que afectan varios procesos institucionales, especialmente aquellos relacionados con la atención asistencial.

9.2 Felicitaciones

Durante el período evaluado se registraron trece (13) felicitaciones dirigidas principalmente al personal asistencial, destacándose profesionales de enfermería y medicina por el trato brindado y la calidad de la atención.

La Oficina de Control Interno considera que este tipo de información debe aprovecharse como un mecanismo para identificar buenas prácticas institucionales en las áreas respectivas y fortalecer así las estrategias de reconocimiento al desempeño del talento humano.

9.3 Peticiones y sugerencias

El reducido número de peticiones y sugerencias podría indicar que los usuarios utilizan preferentemente las quejas como mecanismo para expresar sus necesidades.

En consecuencia, resulta pertinente fortalecer las estrategias de información al ciudadano sobre las diferentes modalidades de participación de las PQRSF y el alcance de cada una de ellas.

9.4 Reclamos

No se registraron reclamos durante el semestre evaluado. Este resultado debe analizarse con prudencia y contrastarse periódicamente con la clasificación realizada por el SIAU, con el propósito de garantizar la correcta tipificación de las manifestaciones conforme a los procedimientos institucionales.



10. EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Con base en el análisis efectuado, la Oficina de Control Interno considera que el proceso presenta las siguientes fortalezas:

- Disponibilidad de diversos canales institucionales para la recepción de PQRSF.
- Consolidación estadística semestral de la información.
- Registro de felicitaciones que evidencian reconocimiento por parte de los usuarios.
- Existencia de un plan de mejoramiento derivado del análisis realizado por el SIAU.

Igualmente, se identifican las falencias del servicio que son analizadas más adelante en el presente informe:

- Fortalecer el análisis de las causas de las quejas para evitar la repetición de eventos.
- Incorporar indicadores de reincidencia por servicio y por causa.
- Consolidar un seguimiento periódico que permita evaluar la efectividad de las acciones implementadas.
- Integrar el análisis de PQRSF con la gestión de riesgos institucionales y con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

11. ANÁLISIS POR SERVICIO

La revisión del consolidado de PQRSF permitió identificar que las inconformidades no se distribuyeron de manera homogénea entre los servicios de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez. Por el contrario, existe una concentración importante de manifestaciones en áreas de alta demanda asistencial, lo que constituye un insumo relevante para la gestión del riesgo institucional. La distribución fue la siguiente:

SERVICIO	PQRSF	PARTICIPACIÓN
Urgencias	9	23,68%
Consulta Externa	5	13,16%
Hospitalización	3	7,89%
Bacteriología	3	7,89%
Nutrición	2	5,26%
Rayos X	1	2,63%
Odontología	1	2,63%
Fonoaudiología	1	2,63%
Felicitaciones	13	34,21%
Total	38	100%



11.1 Servicio de Urgencias

El servicio de Urgencias concentró el mayor número de manifestaciones durante el semestre, con nueve (9) registros.

Este comportamiento resulta consistente con la naturaleza del servicio, caracterizado por una alta demanda asistencial, atención permanente y mayor exposición a eventos relacionados con oportunidad, tiempos de espera y capacidad instalada.

De acuerdo con la información suministrada por el SIAU y las observaciones recopiladas durante el seguimiento, las principales inconformidades estuvieron asociadas con:

- Demoras en la atención.
- Tiempos prolongados de espera.
- Percepción de demora en la valoración médica.
- Trato brindado por algunos profesionales.

Estas situaciones representan riesgos que pueden afectar la percepción de calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, razón por la cual requieren seguimiento periódico por parte de la Coordinación Médica y del Comité de Calidad (PAMEC).

11.2 Consulta Externa

Consulta Externa registró cinco (5) manifestaciones durante el semestre. Las principales causas estuvieron relacionadas con:

- Demoras en la asignación de citas.
- Agenda médica insuficiente frente a la demanda.
- Tiempos de espera para consulta.

Aunque el número de registros es inferior al observado en Urgencias, las causas identificadas muestran problemas de oportunidad que pueden afectar el acceso efectivo a los servicios.

La Oficina de Control Interno considera necesario evaluar periódicamente los indicadores institucionales relacionados con oportunidad de asignación de citas, cancelaciones, inasistencia y disponibilidad de agenda médica.



11.3 Hospitalización

En Hospitalización se registraron tres (3) manifestaciones. Las observaciones consignadas hacen referencia principalmente a:

- Falta de rondas médicas.
- Demoras en la atención.
- Inconformidades relacionadas con el seguimiento clínico.

Estas situaciones requieren revisión por parte de Coordinación Médica para verificar el cumplimiento de las rondas médicas programadas y la disponibilidad del talento humano asistencial.

11.4 Laboratorio Clínico (Bacteriología)

Durante el semestre se registraron tres (3) manifestaciones relacionadas con este servicio. Las principales inconformidades estuvieron asociadas con:

- Retrasos en la entrega de resultados. (cualquiera que fuere la causa)
- Demoras en la atención.

Según la respuesta de la coordinación del servicio las inconformidades del servicio se presentaron por temas administrativos de mantenimiento de equipos, los cuales estuvieron fuera de servicio por varios días, y aunque el número de casos no resulta elevado frente al volumen de usuarios atendidos, la oportunidad en la entrega de resultados constituye un aspecto crítico para la continuidad del proceso asistencial.

11.5 Nutrición

Se registraron dos (2) manifestaciones. Las observaciones no evidencian un patrón recurrente; sin embargo, se recomienda mantener seguimiento para evitar incrementos futuros, en un área que por su volumen de atención resulta impráctico este tipo de eventos quejosos.

11.6 Otros servicios

Rayos X, Odontología y Fonoaudiología registraron una manifestación cada uno.

En el caso específico de Fonoaudiología, una de las inconformidades estuvo relacionada con la ausencia temporal del profesional responsable del servicio.



12. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RECURRENTES

La Oficina de Control Interno realizó la consolidación de las causas registradas en las veintitrés (23) quejas del semestre. Las causas identificadas fueron:

CAUSA	FRECUENCIA OBSERVADA
Demoras en la atención	Alta
Agenda médica insuficiente	Alta
Mala atención por parte de algunos profesionales	Media
Falta de rondas médicas	Media

CAUSA	FRECUENCIA OBSERVADA
Retraso en resultados de laboratorio	Baja
Daño de equipos biomédicos	Baja
Ausencia temporal de Fonoaudiólogo	Baja
Situaciones administrativas	Baja

Es importante señalar que esta clasificación de frecuencia se deriva de las notas de seguimiento aportadas para la auditoría y no de una matriz cuantitativa contenida en el informe del SIAU. Por tanto, corresponde a un análisis de Control Interno basado en la evidencia disponible.

El análisis permite identificar que la mayor parte de las inconformidades se relacionan con el **atributo de oportunidad**, seguido por aspectos de trato humanizado y disponibilidad de recursos; temas propios del proceso PAMEC.

Lo anterior evidencia también que las causas no obedecen a hechos aislados sino a factores de carácter organizacional que requieren intervención mediante acciones preventivas y correctivas.

13. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS PQRSF Y LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Cumpliendo con el alcance de auditoría al proceso de atención al usuario durante el I semestre de la vigencia 2026, la Oficina de Control Interno realizó un análisis comparativo entre la información contenida en el Informe Semestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) y los resultados del Informe de Encuestas de Satisfacción del Usuario elaborados por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).



La comparación de ambos procesos permite evaluar las perspectivas diferentes del SIAU pero se complementan. Las encuestas de satisfacción permiten medir la percepción general de los usuarios respecto de la calidad de los servicios recibidos, dicha percepción se obtiene a través de muestras aleatorias de encuestas de satisfacción, que de acuerdo con el Informe de Encuestas de Satisfacción, la evaluación se realizó mediante una investigación cuantitativa utilizando la técnica de muestreo aleatorio, aplicada a una muestra de 1.200 usuarios atendidos en los diferentes servicios de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez durante el primer semestre de 2026.

La encuesta evaluó aspectos relacionados con la atención brindada por el personal, las condiciones de las instalaciones, la percepción sobre la idoneidad del talento humano, la información suministrada durante la atención, la experiencia global del usuario y la disposición para recomendar la institución.

Teniendo en cuenta que los buzón de PQRSF registró durante el mismo período 38 manifestaciones ciudadanas, distribuidas en 23 quejas, 13 felicitaciones, una petición y una sugerencia, predominando las inconformidades relacionadas con la oportunidad de la atención, la asignación de citas, la oportunidad en las rondas médicas, la entrega de resultados diagnósticos y algunos aspectos asociados con el trato recibido por parte del personal asistencial.

A primera vista, los resultados podrían interpretarse como contradictorios; sin embargo, no existe contradicción, dado que ambos instrumentos miden situaciones distintas. Mientras la encuesta de satisfacción nos arroja la percepción general de una muestra representativa de usuarios frente al servicio recibido, las PQRSF documentan eventos específicos que motivaron inconformidades y que requieren el análisis y desde luego la intervención de la entidad. Por tanto, los resultados deben analizarse de manera complementaria.

La Oficina de Control Interno considera que las encuestas de satisfacción constituyen un indicador de percepción de la atención, mientras que las PQRSF muestran la detección de fallas operativas y oportunidades de mejora; por ello se pueden presentar altos niveles de satisfacción habiendo incluso quejas recurrentes de un proceso de atención en salud; lo que puede reflejar que las inconformidades se concentran en determinados procesos o servicios y no en la totalidad de la atención institucional.

Es necesario precisar si, que en la revisión del Informe de Encuestas de Satisfacción presentado por SIAU, se identificó una situación que merece ser tomada en cuenta desde el punto de vista metodológico; se observó que el criterio utilizado para interpretar los resultados no es uniforme en todas las preguntas de la encuesta, en algunas preguntas el informe consolida las categorías favorables para soportar sus conclusiones, mientras que en otras únicamente hace referencia a una de las categorías positivas, omitiendo la totalidad de las respuestas favorables representadas en la gráfica correspondiente presentada en el informe.



Esta diferencia metodológica puede inducir a interpretaciones parciales de los resultados y dificulta la comparación entre las diferentes variables evaluadas, hay que tener en cuenta que la uniformidad en los criterios de análisis constituye un elemento muy importante para garantizar la confiabilidad y comparabilidad de la información utilizada en la toma de decisiones de mejoramiento de la calidad.

Por tal razón, se recomienda que el Sistema de Información y Atención al Usuario revise y adopte un criterio metodológico adecuado para la interpretación de los resultados de las encuestas de satisfacción, definiendo previamente como se fundamentan las conclusiones.

Así mismo, se considera pertinente que los resultados de las encuestas de satisfacción y las PQRSF sean presentados de manera integrada ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité de Calidad y la Alta Dirección, permitiendo un análisis conjunto de la percepción de los usuarios, las principales causas de inconformidad y la efectividad de las acciones implementadas para mejorar la calidad del servicio.

14. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL PROCESO PQRSF

14.1 Objetivo de la evaluación

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, la Oficina de Control Interno evaluó el diseño y funcionamiento del proceso institucional para la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), con el propósito de determinar la suficiencia de los controles implementados para garantizar la adecuada recepción, trámite, seguimiento y utilización de la información como herramienta para el mejoramiento continuo.

La evaluación se realizó mediante la revisión documental del procedimiento institucional, el informe semestral elaborado por el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU –, las actas de apertura de buzones, el consolidado estadístico de PQRSF, el informe de satisfacción del usuario y la información complementaria suministrada durante el proceso de auditoría.

14.2 Ambiente de control

Se evidenció que la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez cuenta con un proceso formalmente establecido para la recepción y gestión de las PQRSF, el cual es administrado por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU). El proceso dispone de diferentes canales para la recepción de manifestaciones ciudadanas, incluyendo atención presencial, buzones físicos, correo electrónico, página web y otros mecanismos definidos institucionalmente.



La existencia de estos canales constituye una fortaleza del sistema de control interno, por cuanto facilita el ejercicio del derecho de participación ciudadana y reduce el riesgo de barreras de acceso para la presentación de solicitudes o inconformidades.

14.3 Actividades de control

La revisión documental permitió evidenciar la existencia de controles asociados al proceso, entre ellos:

- Consolidación periódica de las PQRSF recibidas.
- Clasificación por tipo de manifestación.
- Identificación de los servicios involucrados.
- Elaboración de informes semestrales.
- Formulación de acciones de mejoramiento.
- Apertura periódica de buzones institucionales.

Dichos controles permiten mantener la trazabilidad de la información y facilitan el análisis institucional de las principales causas de inconformidad.

Sin embargo, se observó que el análisis realizado se orienta principalmente a la descripción estadística de los eventos registrados, por lo que se debe fortalecer el componente de análisis de los resultados mediante la adopción de indicadores de reincidencia, análisis de tendencias, evaluación del impacto de las acciones implementadas y seguimiento sistemático a la disminución de las causas recurrentes.

14.4 Información y comunicación

Se verificó que el SIAU elabora informes periódicos sobre el comportamiento de las PQRSF y de las encuestas de satisfacción. Sin embargo, en la auditoría se evidenció que ambos informes son analizados de manera independiente, y hay que tener en cuenta que ambos procesos contienen información complementaria sobre la percepción del usuario y la calidad de los servicios; se deben integrar ambas fuentes de información permitiendo el fortalecimiento de la toma de decisiones, facilitando la priorización de acciones de mejora y el seguimiento a su efectividad.

14.5 Seguimiento y mejora

El informe SIAU recomienda acciones de mejoramiento derivadas del análisis de las PQRSF; sin embargo, la evaluación evidencia la necesidad de fortalecer la medición de resultados mediante indicadores que permitan establecer objetivamente el impacto de las acciones implementadas.



Se recomienda que el seguimiento al plan de mejoramiento incluya metas cuantificables, indicadores de resultado, cronogramas definidos y mecanismos de verificación que permitan evaluar periódicamente la disminución de las causas recurrentes identificadas durante el análisis de las manifestaciones ciudadanas.

15. EVALUACIÓN DEL RIESGO DEL PROCESO SIAU

La administración de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones constituye un componente fundamental del Sistema de Control Interno, por cuanto suministra información que permite identificar riesgos relacionados con la prestación del servicio, la satisfacción del usuario, el cumplimiento de la normatividad y la imagen institucional.

La Oficina de Control Interno analizó la información consolidada por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), identificando los principales riesgos asociados al comportamiento de las PQRSF durante el primer semestre de 2026.

15.1 Riesgo de afectación de la oportunidad en la prestación del servicio

Las causas recurrentes identificadas durante el semestre muestran que las principales inconformidades presentadas por los usuarios se relacionan con la oportunidad de la atención, particularmente en los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización y Laboratorio.

- Las demoras en la asignación de citas,
- Tiempos de espera,
- Realización de rondas médicas y
- Entrega de resultados diagnósticos (cualquiera fuere la causa)

Constituyen factores que incrementan la probabilidad de nuevas inconformidades y afectan la percepción de calidad del servicio. Los controles actualmente implementados permiten identificar estas situaciones mediante el registro de PQRSF y la formulación de acciones de mejoramiento; sin embargo, la Oficina de Auditoria de Calidad con el proceso PAMEC debe fortalecer el seguimiento periódico mediante indicadores de oportunidad que permitan evaluar la evolución del riesgo.

Nivel del riesgo: Alto.



15.2 Riesgo de reincidencia de las causas de inconformidad

La auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno permite establecer que varias de las causas registradas durante el semestre corresponden a situaciones repetitivas relacionadas con la oportunidad en la prestación del servicio y la organización de algunos procesos asistenciales.

La reincidencia constituye un indicador de que las acciones implementadas necesitan fortalecerse o realizarles mayor seguimiento para garantizar su efectividad. Como mecanismo de mitigación, la institución cuenta con planes de mejoramiento derivados del análisis realizado por el SIAU; sin embargo, dichos planes deben fortalecerse mediante indicadores que permitan verificar objetivamente la disminución de las causas recurrentes. (Trabajo de PAMEC)

Nivel del riesgo: Alto.

15.3 Riesgo asociado a la percepción institucional

La percepción de los usuarios constituye uno de los principales indicadores de desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud y durante el I semestre 2026 se evidencia que la entidad mantiene una percepción general favorable reflejada en los resultados de la encuesta de satisfacción; sin embargo, la existencia de quejas relacionadas con la oportunidad de la atención representa un riesgo potencial para la imagen institucional si esas causas no son intervenidas oportunamente.

La combinación de altos niveles de satisfacción con la presencia de inconformidades o quejas focalizadas indica que el riesgo reputacional actualmente es moderado, aunque requiere seguimiento permanente.

Nivel del riesgo: Medio.

15.4 Riesgo relacionado con la calidad de la información

La auditoría permitió identificar falencias en la metodología utilizada para el análisis del informe de satisfacción del usuario. La utilización de criterios diferentes para interpretar algunas preguntas del instrumento puede afectar la comparabilidad de los resultados y limitar el análisis integral de la información y aunque esta situación no modifica la información registrada en las encuestas, sí representa un riesgo para la toma de decisiones institucionales.



Nivel del riesgo: Medio.

15.5 Riesgo de seguimiento insuficiente a las acciones de mejoramiento

La efectividad de las acciones correctivas depende de la existencia de mecanismos de seguimiento que permitan verificar el cumplimiento de las actividades programadas y medir el impacto obtenido sobre las causas identificadas (PAMEC). Durante la evaluación del informe se evidencia que el plan de mejoramiento contempla actividades orientadas a intervenir las principales inconformidades detectadas; sin embargo, es necesario fortalecer la medición mediante indicadores de resultado que permitan evaluar objetivamente su efectividad.

Nivel del riesgo: Medio.

16. CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Con fundamento en la revisión documental efectuada, el análisis de la información suministrada por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), el comportamiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario y las pruebas de auditoría practicadas durante el presente seguimiento, nos permitimos manifestar que:

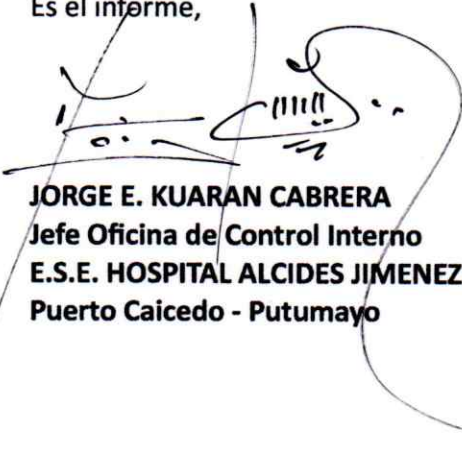
- El proceso de gestión de PQRSF de la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez se encuentra implementado y dispone de controles que permiten garantizar la recepción, clasificación, trámite, análisis y consolidación de las manifestaciones ciudadanas, evidenciando el compromiso institucional con el fortalecimiento de la participación del usuario y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- La auditoría permitió establecer que el diseño general del proceso es adecuado y responde a los lineamientos establecidos en la normatividad vigente; igualmente, se evidenció la existencia de mecanismos de recepción de PQRSF, consolidación estadística de la información, elaboración de informes periódicos y formulación de acciones de mejoramiento.
- Sin embargo, requiere el fortalecimiento relacionadas con la uniformidad metodológica del análisis de las encuestas de satisfacción, la medición de la efectividad de las acciones de mejoramiento, la integración de la información proveniente de las PQRSF con la gestión del riesgo institucional y el fortalecimiento del seguimiento mediante indicadores de resultado.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno conceptúa que el proceso presenta un nivel de control adecuado y un nivel de desempeño satisfactorio, con oportunidades de mejora orientadas a incrementar la eficacia del análisis institucional, fortalecer la gestión basada en evidencia y consolidar una cultura de mejoramiento continuo.

17. ANEXOS

- 1- Informe Semestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) elaborado por el Sistema de Información y Atención al Usuario – Primer semestre de 2026.
- 2- Consolidado estadístico de PQRSF por tipo de manifestación.
- 3 - Consolidado de PQRSF por servicio.
- 4- Relación de las principales causas de inconformidad identificadas durante el primer semestre de 2026.
- 5- Informe de Encuestas de Satisfacción del Usuario correspondiente al I semestre de 2026.
- 6- Formato institucional de la Encuesta de Satisfacción del Usuario aplicado durante el período evaluado.
- 7- Actas de apertura de buzones de sugerencias y PQRSF.
- 8- Plan de mejoramiento formulado por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).
- 9- Documentos y evidencias revisadas durante el desarrollo de la auditoría.

Es el informe,



JORGE E. KUARAN CABRERA
Jefe Oficina de Control Interno
E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ
Puerto Caicedo - Putumayo