	INFORME FINAL DE AUDITORIA			
	VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
	6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:		SECRETARIA GENERAL	
AUDITORIA No.	06	FECHA DEL INFORME	17 de junio de 2025.
PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO		GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO	
LIDER DEL PROCESO/ RESPONSABLE		Subgerente de Salud	
PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA		VIGENCIA 2024.	
OBJETIVO			
Verificar el nivel de cumplimiento de: asignación de citas, presencial y a través de call center, así como verificar el cumplimiento del informe de PQRSD, veracidad de las encuestas			
JUSTIFICACION			
La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las auditorias programadas para la vigencia 2025, requiere efectuar una auditoría interna a la gestión administrativa, a las actuaciones administrativas y de gestión del proceso de Gestión y Orientación al Usuario , durante la vigencia 2024, bajo los principios de eficacia , eficiencia, atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.			
PRODUCTO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conformación de las asociaciones de usuarios 2. Asignación de citas de consulta externa por diferentes medios 3. Determinación de una muestra para medición satisfacción del usuario 4. Resultados aplicación encuesta de satisfacción de usuarios 5. Gestión de PQRSD vigencia 2024 6. Planes de mejora producto de los informes de satisfacción de usuarios PQRSD 7. Planes establecidos en MIPG de las políticas servicio al ciudadano y participación ciudadana 8. Procesos y procedimientos con enfoque a riesgos, riesgos materializados y tratamiento 			
ALCANCE			
Aplica al proceso gestión y orientación al usuario y a los procedimientos vigentes publicados en el servidor documental			
Procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de conformación/renovación de asociaciones de usuarios. • Procedimiento administración de satisfacción de usuarios • Procedimiento administración de peticiones, quejas, reclamos sugerencias, felicitaciones, denuncias – desistimiento 			
Vigencia: Año 2024			
HECHOS			
1. CONFORMACION DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS			
Las asociaciones de usuarios, tienen como objetivo defender los derechos y velar por la calidad de los servicios de salud que se prestan en las IPS y de esta forma contribuir a la mejora del sistema.			
La ESE Pasto salud cuenta actualmente con un total de veintidós (22) asociaciones de usuarios debidamente conformadas.			
Según el decreto 1757 del 3 de agosto de 1994 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, establece en su artículo 12, que los representantes de las asociaciones de usuarios en salud, deben elegir sus representantes en asamblea general para periodos de dos (2) años.			
Las siguientes trece (13) asociaciones de usuarios que son: Hospital civil, la Laguna, Santa Bárbara, Gualmatan, Mis Kikes, primero de mayo, Pandiaco, Cabrera, San Vicente, Obonuco, Morasurco, Mapachico y Genoy deben realizar la renovación de sus asociaciones en este año (2025), en el servidor documental se verifico que se encuentra establecido el cronograma a seguir para realizar las respectivas renovaciones.			

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Para la vigencia 2024 La ESE Pasto salud, estableció un cronograma para la renovación de las asociaciones de usuarios que se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

ASOCIACION DE USUARIOS	FECHA DE RENOVACION
La Rosa	26 febrero de 2024
Santa Mónica	17 de julio de 2024
Buesaquillo	28 de octubre de 2024
EL Rosario	5 de noviembre del 2024
Tamasagra	12 de noviembre de 2024
Catambuco	19 de noviembre de 2024
El Progreso	18 de noviembre de 2024
El Encano	25 de noviembre de 2024
La Caldera	5 de diciembre de 2024

Se verifico en el servidor documental de Pasto salud ESE, el cumplimiento de la renovación de las anteriores asociaciones de usuarios, el cual contiene las actas de renovación de usuarios con sus respectivos listados de asistencia, esta información se puede apreciar en el siguiente cuadro:

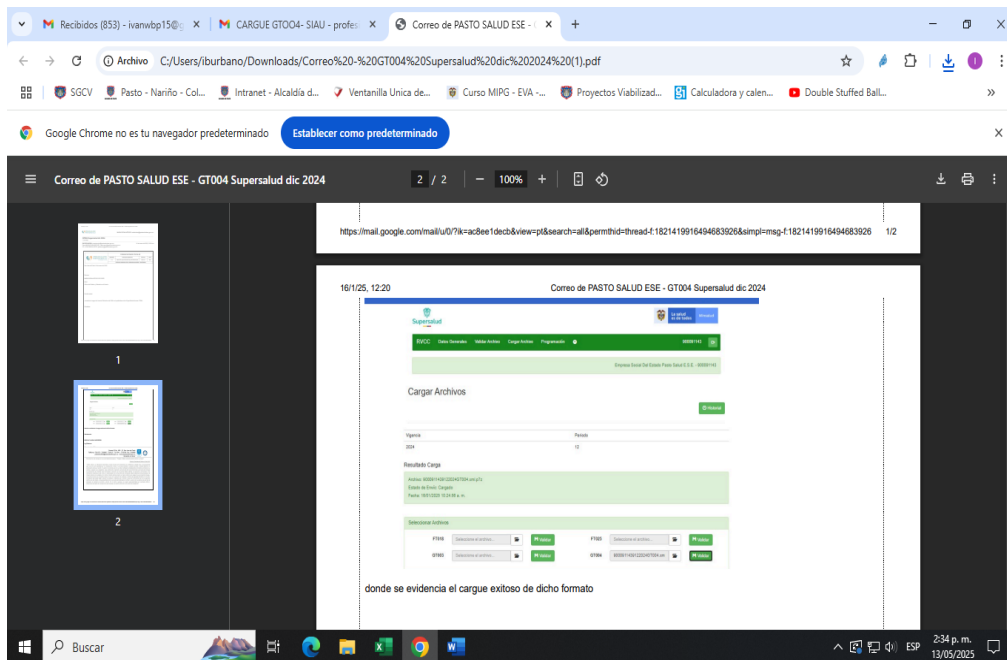
ASOCIACION	FECHA CONVOCATORIA	FECHA REALIZACION	OBSERVACION
Asociación de usuarios centro local hospital la Rosa	26 de febrero de 2024	26 de febrero de 2024	Acta No 1 del 26/02/2024 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del centro Hospital La Rosa, se anexa registro de asistencia con las firmas de los usuarios participantes
Asociación de usuarios Santa Mónica	17 de julio de 2024	17 de julio de 2024	Acta No1 del 17 de julio de 2024 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del hospital santa Mónica
Asociación de usuarios Buesaquillo	30 de octubre de 2024	30 de octubre de 2024	Acta No 1 del 30 de octubre de 2024 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del centro de salud Buesaquillo, se anexa Registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.
Asociación de usuarios centro de salud el Rosario	5 de noviembre de 2024	5 de noviembre de 2024	Acta No 1 del 5 de noviembre de 2024 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud el Rosario, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.
Asociación de usuarios Tamasagra	12 de noviembre del 2024	12 de noviembre de 2024	Acta No 1 del 12 de noviembre de 2024 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios de Tamasagra, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.
Asociación de usuarios el progreso	18 de noviembre de 2024	18 de noviembre de 2024	Acta No 1 del 18 de noviembre de 2024 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios el progreso. Se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Asociación de usuarios Catambuco	19 de noviembre de 2024	19 de noviembre de 2024	Acta No 1 del 19 de noviembre de 2024 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios Catambuco se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.
Asociación de usuarios el encano	25 de noviembre de 2024	25 de noviembre de 2024	Acta No 1 del 25 de noviembre de 2024 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del Encano se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.
Asociación de usuarios la caldera	5 de diciembre de 2024	5 de diciembre de 2024	Acta No 1 del 5 de diciembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios la caldera, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.

Según el procedimiento de conformación y renovación de asociaciones de usuarios de las IPS que conforman la empresa social del estado Pasto Salud ESE. Se debe publicar anualmente de manera obligatoria la conformación y/o renovación de las asociaciones en la plataforma de Supersalud anexo GT004.

Se verifico la renovación y conformación de las asociaciones de usuarios para la vigencia 2024 a través del cargue del formato GT004 en la plataforma de Supersalud, la que se puede apreciar en el siguiente cuadro: (pantallazo del cargue)



Al realizar la verificación de las asociaciones de usuarios que deben hacer la renovación en la vigencia 2024, no se evidencia en el servidor documental de la ESE Pasto salud, como en la información enviada a la plataforma de Supersalud formato GT004, listado de asistencia correspondiente a la renovación de usuarios de la asociación de Santa Mónica.

TALLERES Y CAPACITACIONES

Para fortalecer la participación ciudadana, al interior de las asociaciones de usuarios, la ESE Pasto Salud, realiza talleres y capacitaciones que permiten promover la participación ciudadana, en cada una de las asociaciones, estas actividades tienen como objetivo brindar a los usuarios herramientas para que puedan ejercer su rol de manera más efectiva y que les permitan participar activamente en la mejora de la salud pública.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Se verifico en la herramienta INFOMEDIC, los indicadores para estas actividades encontrando lo siguiente

- INDICADOR = 1214: Talleres de capacitación con asociaciones de usuarios meta 90% ANUAL

Para el año 2024 se encontró un (1) reporte: número de talleres realizados con asociaciones de usuarios / número de talleres programados con asociaciones de usuarios x 100= 4/4 X100 para un porcentaje de cumplimiento del 100%

- INDICADOR = 1222: actividades realizadas con las asociaciones de usuarios meta 90% ANUAL

Para el año 2024 se encontró un reporte: número de actividades concertadas con las asociaciones de usuarios /número de actividades realizadas con las asociaciones de usuarios x100 = 220/ 229 para un porcentaje de cumplimiento del 96,07%

Según el análisis de los dos indicadores anteriores se evidencia el cumplimiento a satisfacción de los talleres y las capacitaciones realizadas por las asociaciones de usuarios durante la vigencia 2024.

2. ASIGNACIÓN DE CITAS DE CONSULTA EXTERNA POR DIFERENTES MEDIOS

La asignación de citas es una actividad que se realiza dentro del proceso de la SIAU (sistema de información y atención al usuario) el cual permite al beneficiario acceder a una consulta médica oportuna, de manera equitativa sin discriminación y con transparencia.

Se solicitó personalmente a la Doctora María Elena Arturo profesional aniversario de la SIAU, información sobre la asignación de citas y nos envía al correo institucional, un primer y segundo informe semestral sobre el comportamiento que han tenido las llamadas por Call Center para la vigencia 2024, los cuales se pueden apreciar en los siguientes cuadros:

ATENCIÓN DE LLAMADAS POR CALL CENTER PRIMER SEMESTRE AÑO 2024

ATENCIÓN DE LLAMADAS POR CALL CENTER PRIMER SEMESTRE 2024							
CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Número de llamadas atendidas	14361	17495	19238	23485	21689	16296	112564
Porcentaje %	85.3%	86.2%	89.1%	86.8%	87.9%	85.6%	86.9%
Número de llamadas sin atender	2483	2795	2338	3570	2992	2742	16920
Porcentaje %	15%	14%	11%	13%	12%	14%	13%
Número total de llamadas	16844	20291	21582	27055	24681	19038	129491
Total %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

El gráfico muestra las llamadas que ingresan al Call Center y no son atendidas por el operador, se puede ver el mayor número de llamadas sin atender fue en el mes de Enero el 15% (2483), febrero el 14% (2795), junio 14% (2742) abril el 13% 3570, mayo 12% (2992) y en Marzo 11% (2338), teniendo en cuenta el número de llamadas atendidas, pero si observamos por número de llamadas sin atender el mayor número fue abril con 3570.

Se concluye del cuadro anterior que el 86.9% de llamadas son respondidas por los agentes de Call center y el 13% son de llamadas sin atender, los motivos porque las llamadas no sean atendidas se deben a llamadas expirada y/o abandonadas por el usuario.

ATENCIÓN DE LLAMADAS POR CALL CENTER SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2024

ATENCIÓN DE LLAMADAS POR CALL CENTER SEGUNDO SEMESTRE 2024							
CONCEPTO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Número de llamadas atendidas	16776	16585	20646	19884	21448	14209	109548
Porcentaje %	81.3%	85.6%	87.1%	84.3%	90.4%	86.9%	86.0%
Número de llamadas sin atender	3864	2780	3069	3708	2268	2141	17830
Porcentaje %	19%	14%	13%	16%	10%	13%	14%

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Número total de llamadas	20640	19365	23715	23585	23714	16350	127369
Total %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

El gráfico muestra las llamadas que ingresan al Call Center y no son atendidas por el operador, se puede ver el mayor número de llamadas sin atender fue en el mes de Julio 19% (3864), octubre 16% (3708) septiembre 13% (3069), diciembre 13% (2141) agosto 14% (2780), y noviembre 10% (2268). Los motivos de llamadas sin atender se deben a llamadas expiradas, abandonadas por el usuario.

ASIGNACION DE CITAS POR DIFERENTES MEDIOS

Esta dada de acuerdo a la información suministrada por la oficina asesora de comunicaciones y sistemas:

PRIMER SEMESTRE 2024

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
PAG WEB			1	26	15	36	78
PRESENCIAL	45636	53019	43488	55931	47027	46188	291289
CALL CENTER	17351	18266	14817	23951	19372	16672	110429
CORREO ELECTRONICO			37	70	33	82	222
TOTAL GENERAL	62987	71285	58343	79978	66447	62978	402018

SEGUNDO SEMESTRE 2024

MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	Porcentaje
PAG WEB	25	44	59	64	5	0	197	0,006
PRESENCIAL	46628	44608	55000	48556	39806	29801	264399	75%
CALL CENTER	15938	14106	17223	17367	13436	8277	86347	25%
CORREO ELECTRONICO	39	26	68	47	11	40	231	0,007
TOTAL GENERAL	62987	58784	72350	66034	53258	38118	351174	100%

El medio presencial el de mayor asignación de citas con el 75%, seguido por el telefónico 25% (call center), seguido por el del correo electrónico con un 0.007 y finalmente está el medio por WhatsApp que alcanza el 0.006 % es de anotar que este medio funciona hasta el mes de septiembre y después se suspendió debido a la inoportunidad en las respuestas.

La profesional Universitaria de la SIAU, Informa que los anteriores informes por atención de llamadas por call center, se realizaron de acuerdo a reportes entregados por la oficina de comunicaciones y sistemas y que contienen las diferentes modalidades de asignación de citas, aclara que el indicador de demanda insatisfecha se encuentra en la plataforma INFOMEDIC bajo el indicador 1302 donde el numerador es el Numero de demanda insatisfecha que se toma del reporte que entrega la oficina de comunicaciones y sistemas.

A partir del tercer trimestre los datos de la demanda insatisfecha se encuentran en otros indicadores de la plataforma MIIPS (Módulo integral de indicadores de prestación de servicios en salud) de donde se obtiene la demanda insatisfecha, aclarando que el denominador del indicador se toma del reporte de datos de asignación de citas que reporta la oficina de comunicaciones y sistemas.

Para verificar el porcentaje de cumplimiento que han tenido la asignación de citas en la ESE Pasto salud, durante la vigencia 2024, lo realizamos en base a los dos indicadores mencionados, que son asignación de citas y demanda insatisfecha que los podemos apreciar seguidamente:

Se verifico en la plataforma MIIPS módulo integral de indicadores y en la plataforma INFOMEDIC el seguimiento de la demanda insatisfecha.

INDICADOR 1302: DEMANDA INSATISFECHA. TRIMESTRAL, Meta del 6%. Número de usuarios que no se les asigna la cita / Numero de citas asignadas x100 obteniendo los siguientes resultados:

AÑO 2024:

AÑO	Trimestral	IPS	Numero de Citas no asignadas	Numero de citas asignadas	Porcentaje %
2024	Marzo	ESE Pasto Salud	5822	192615	3,02
2024	Junio	ESE Pasto Salud	10524	209463	5,02
2024	Septiembre	ESE Pasto Salud	8255	193764	4,26
2024	Diciembre	ESE Pasto Salud	4263	163726	2,60

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Para el año 2024 se encontraron 4 reportes trimestrales, con un nivel de cumplimiento superior a la meta establecida, Se verifico en la plataforma INFOMEDIC POR POA el indicador 6 meta 35%

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE CITAS ASIGNADAS POR CALL CENTER. Numero de citas asignadas por call center / total de citas asignadas x100.

AÑO 2024:

AÑO	Trimestral	IPS	Numero de Citas pasto salud	Numero de citas calla center	Porcentaje %
2024	Marzo	ESE Pasto Salud	51372	192615	26.67
2024	Junio	ESE Pasto Salud	112460	402018	27.97
2024	Septiembre	ESE Pasto Salud	46557	193764	24.03
2024	Diciembre	ESE Pasto Salud	38246	163726	23.36

Para el año 2024 se encontraron 4 reportes trimestrales, con porcentajes menores a la meta establecida que es el 35% por lo que se evidencia que no se está cumpliendo con la meta.

La Dra. María Elena Arturo, sustenta el incumplimiento de la meta, enviando al correo institucional de control interno, Acta No 27 del 27 de junio del 2024, tema revisión meta del indicador asignación de citas por Call center. Donde informan que en vista que no hay agendas disponibles para Call center y para que no sea afectada la producción, se decide bajar la meta de cumplimiento al 25%

En acta del 22 de octubre de 2024 tema reunión: Revisión meta dl indicador asignación de citas por Call center, se informa que el comportamiento que ha tenido el indicador en los tres trimestres de la vigencia 2024, va en descenso, y por lo tanto, se solicita el traslado de este indicador a procesos ya que no es de impacto para la gerencia y no afectaría a ningún proceso.

Finalmente nos envía acta del comité institucional de Gestión y Desempeño realizada el 5 de noviembre del 2024 donde en el numeral 9 presentación plan de mejora de indicadores POA, se presentan los indicadores que tuvieron incumplimiento semestral, dentro del cual se encuentra la proporción de citas asignadas por CALL CENTER y se recomienda su modificación para pasar del 35 al 25 % pero según informa la profesional del SIAU, esta propuesta no fue aceptada, por oponerse una persona del comité y se decidió que para la vigencia 2025 este indicador se elimine y reemplace con otro, que mida la proporción de citas asignadas por Call center.

3. DETERMINACIÓN DE UNA MUESTRA PARA MEDICIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Para la determinación de la muestra, se emplea la técnica de muestreo aleatorio simple con reemplazo para poblaciones finitas, es decir, aquellas cuyo tamaño y características son previamente conocidos. Esta técnica se caracteriza porque cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado, y las observaciones se realizan permitiendo la repetición de elementos.

Dado que se conoce la población, el tamaño de la muestra se determina aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Con el propósito de evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios y sus familias respecto a la calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por Pasto Salud ESE, se aplicó esta fórmula metodológica que determinó la necesidad de realizar un total de 2.168 encuestas a lo largo del año 2024. Esta muestra fue distribuida equitativamente en los cuatro trimestres del año, correspondiendo 542 encuestas por trimestre.

Durante el año 2024, no se logró completar la totalidad de las 542 encuestas trimestrales previstas para medir la satisfacción, debido a dificultades en la implementación del aplicativo en la Tablet. Específicamente, las auxiliares administrativas del área de SIAU no adoptaron plenamente el nuevo sistema digital, lo que generó inconsistencias en la recolección de datos y provocó variaciones en el tamaño efectivo de la muestra aplicada.

Esta situación afectó la uniformidad del proceso de medición y el cumplimiento del diseño muestral originalmente establecido.

Aplicación de encuestas por servicio en cada trimestre:

2024	IMAGENOLOGIA	LABORATORIO	URGENCIAS	HOSPITALIZACION	AMBULATORIO	TOTAL
I TRIM.	99	108	108	104	112	531
II TRIM.	106	100	107	105	104	522
III TRIM.	111	99	101	69	85	465
IV TRIM.	88	104	90	136	130	548
TOTAL	404	411	406	414	431	2066

SERVICIOS	MUESTRA 2024	ENCUESTARON	DIFERENCIAS
Imagenología	436	404	33
Laboratorio	436	411	25
Urgencias	436	406	30
Hospitalización	436	414	28
Ambulatorios	424	431	-7
TOTAL	2168	2066	109

En conclusión, se evidenció un déficit de 109 encuestas no aplicadas respecto al tamaño muestral proyectado, según lo determinado por la fórmula estadística correspondiente. Esta omisión afecta parcialmente el cumplimiento del diseño muestral previsto para el período evaluado.

4. RESULTADOS APLICACIÓN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIOS

Como parte de las acciones de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad, se ejecuta el procedimiento de administración de encuestas de satisfacción del usuario, cuyo objetivo principal es medir la percepción de los usuarios respecto a la prestación de los servicios de salud ofrecidos por la entidad.

El procedimiento se desarrolla en las siguientes etapas:

1. Solicitud del tamaño muestral a la Oficina de Planeación, de acuerdo con los lineamientos estadísticos establecidos.
2. Comunicación del tamaño de muestra a cada uno de los servicios involucrados, garantizando la distribución adecuada según la cobertura requerida.
3. Aplicación de las encuestas en los diferentes servicios, conforme al número de muestras definidas para el periodo evaluado.
4. Consolidación, análisis e interpretación de resultados, a través de la elaboración de un informe técnico detallado.
5. Socialización del informe ante el Comité de Ética Hospitalaria, promoviendo la transparencia y la participación institucional.
6. Diseño e implementación de acciones de mejora, derivadas de los hallazgos obtenidos en los resultados de satisfacción.

Finalmente, se realiza la verificación del cumplimiento y aplicabilidad del proceso, con el fin de garantizar que la información recolectada sea confiable, representativa y útil para la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la calidad del servicio.

Informe de medición satisfacción de usuarios I trimestre 2024

En el primer trimestre de 2024, el 98.9% de los usuarios encuestados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos en términos generales, cumpliéndose así la meta establecida del 90% de satisfacción.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- La pregunta relacionada con la información sobre el derecho a recibir consejería psicológica y espiritual no alcanzó la meta, obteniendo un 80.4%.
- En el primer trimestre de 2024, el 72% de los usuarios indicó que sí se les brindó la opción de elegir al profesional que los atendió en el servicio ambulatorio, lo que representa una disminución del 23% en comparación con el mismo periodo de 2023, cuando el porcentaje fue del 95%.
- Respecto a la disponibilidad de una alternativa de dieta, en el primer trimestre de 2023 solo el 8% de los usuarios indicó que sí existía esta opción. En el mismo periodo de 2024, el porcentaje aumentó al 21%, sin embargo, aún no se cumple la meta del 90%.

Informe de medición satisfacción de usuarios II trimestre 2024

En el segundo trimestre de 2024, el 98.8% de los usuarios encuestados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos en términos generales, cumpliéndose así la meta establecida del 90% de satisfacción.

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- Ante la pregunta sobre si recibieron información relacionada con los trámites administrativos para acceder a la atención, el 72.3% de los usuarios respondió afirmativamente. Sin embargo, esta cifra no cumple con la meta establecida.
- En cuanto a la entrega completa de medicamentos, el 76.1% de los usuarios indicó que no los recibió en su totalidad, lo cual representa una limitación importante en la calidad del servicio.
- Durante el segundo trimestre, el 57% de los usuarios reportó no haber recibido la opción de seleccionar la proteína en su dieta, lo que refleja un persistente incumplimiento de la meta programada.

Informe de medición satisfacción de usuarios III trimestre 2024

En el tercer trimestre de 2024, el 100% de los usuarios encuestados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos en términos generales, cumpliéndose con ello la meta de satisfacción establecida del 90%.

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- Ante la pregunta sobre si recibieron información relacionada con los trámites administrativos para acceder a la atención, solo el 71.5% de los usuarios respondió afirmativamente.
- Con respecto a la entrega completa de medicamentos, solo el 76.5% de los usuarios indicó que los recibió en su totalidad
- Respecto a la disponibilidad de una alternativa de dieta, solo el 1% de los usuarios reportó su existencia en el tercer trimestre de 2023. En el mismo periodo de 2024, la cifra aumentó al 34%; sin embargo, aún no se alcanza la meta del 90%.

Informe de medición satisfacción de usuarios IV trimestre 2024

En el cuarto trimestre de 2024, el 99% de los usuarios encuestados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos en términos generales, manteniéndose el mismo nivel de satisfacción observado en el cuarto trimestre de 2023. Esta cifra cumple con la meta establecida del 90%.

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- En relación con la entrega completa de medicamentos, el 87% de los usuarios indicó haberlos recibido en su totalidad. Aunque esto representa una mejoría con respecto al tercer trimestre, aún no se alcanza la meta establecida.
- En cuanto a la disponibilidad de una alternativa de dieta, en el cuarto trimestre de 2023 solo el 14% de los usuarios reportó su existencia. Para el mismo periodo de 2024, el porcentaje aumentó al 68%, lo que refleja una mejora del 54%. Sin embargo, no se cumplió con la meta establecida.

Durante el año 2024, los resultados generales de la encuesta de satisfacción reflejan una valoración positiva sostenida por parte de los usuarios. En los cuatro trimestres evaluados, se superó la meta institucional del 90% de satisfacción general, alcanzando porcentajes entre el 98.8% y el 100%. Esto evidencia una percepción favorable del servicio en términos generales.

Sin embargo, el análisis detallado de los indicadores específicos revela áreas críticas que requieren atención prioritaria:

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

- La entrega completa de medicamentos no logró cumplir la meta en ningún trimestre, aunque se observó una mejora progresiva, pasando del 76.1% en el segundo trimestre al 87% en el cuarto. Esta tendencia positiva debe fortalecerse con acciones concretas que garanticen la disponibilidad oportuna de insumos.
- La información sobre trámites administrativos y el acceso a información sobre consejería psicológica y espiritual mostraron resultados por debajo de lo esperado (entre 71% y 80%), lo cual refleja la necesidad de reforzar la comunicación institucional y los procesos de orientación al usuario.
- La alternativa de dieta mejoró del 8% al 68%, pero sigue lejos de la meta del 90%, mostrando la necesidad de avanzar en la personalización alimentaria.
- Además, se observó una disminución en la opción de elegir al profesional de atención ambulatoria, con una caída del 95% en 2023 al 72% en 2024, situación que también requiere ser revisada para promover un mayor enfoque centrado en el usuario.

Los informes correspondientes a la presentación de los resultados de la medición de la satisfacción de los usuarios fueron debidamente socializados en los siguientes comités, conforme a las actas respectivas:

- I trimestre: Acta No. 5 del 24/05/2024
- II trimestre: Acta No. 6 del 30/07/2024
- III trimestre: Acta No. 9 del 30/10/2024
- IV trimestre: Acta No. 2 del 25/02/2025

5. GESTION DE PQRS - VIGENCIA 2024

Pasto salud ESE, utiliza un sistema para recepcionar, gestionar y dar respuesta a las diferentes peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que tienen los usuarios, esto lo realiza a través de dos canales de comunicación que son: por correo electrónico a través de la página web de la institución y principalmente de manera presencial, través de los diferentes buzones de sugerencias que se encuentran ubicados en la sede administrativa los 22 centros de salud de la ciudad, el objetivo es entregar al ciudadano respuestas claras y oportunas a sus inquietudes, con la finalidad de que la entidad mejore sus procesos y preste un mejor servicio.

Se procedió a verificar la trazabilidad del procedimiento administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias GOU -PD -29. Para realizar lo anterior, le solicitamos a la auxiliar administrativa de la SIAU facilitarnos un informe de administración de PQRSFD, correspondiente a la RED NORTE, realizada en el mes de abril del 2024, es de anotar que el anterior informe lo tomamos al azar del archivador de la oficina de sistema de información y atención al usuario SIAU que contiene los informes de PQRSFD.

En el formato código GOU - NUM 439 correspondiente a consolidado y seguimiento a PQRSFD, no se evidencia el registro del usuario Jesús Arístides Insuasty Delgado, identificado con la cedula de ciudadanía No 12.953.241 de Pasto (Nariño), sin embargo, el usuario si tiene diligenciado el formato GOU -PQR 371 buzón de PQRSFD, con fecha de radicado 2024-04-12. Y de igual manera si se encuentra registrado en el acta de apertura de buzón GOU -ABP 545 del 11 de abril de 2024 correspondiente al Hospital Local Civil.

En el formato código GOU -NUM 439 correspondiente a consolidado y seguimiento a PQRSFD, se encuentra registrado la usuaria Valerie Imitola identificada con la cedula de ciudadanía No 1080050953, la anterior usuaria también se encuentra registrada en acta de apertura de buzón GOU -ABP 545 del 18 de abril del 2024 correspondiente al Hospital Local Civil, sin embargo, no se evidencia el diligenciamiento del formato GOU – PQR 371 para esta usuaria.

Las anteriores inconsistencias, pueden originar que la información suministrada en las plataformas INFOMEDIC y MIIPS sobre PQRSFD sea inexactas, originando una información incorrecta y toma de decisiones erradas.

Siguiendo con el análisis del procedimiento de PQRSFD, se evidencia que muchas de las actas de apertura de buzón de sugerencias para PQRSFD - d identificadas con el código GOU -ABP 545 no se encuentran firmadas por el auxiliar administrativo de la SIAU.

Como es de conocimiento público, el tiempo establecido para dar respuesta a las PQRSFD es de máximo quince (15) días hábiles, al verificar los tiempos de respuesta de las diferentes PQRSFD, que se encuentran registradas en el consolidado y seguimiento a PQRSFD - GOU 439, se evidencia que se cumple con los términos, lo anterior se puede verificar en la plataforma MIIPS y en la plataforma INFOMEDIC a través de los siguientes indicadores:

INDICADOR 719: Promedio de días hábiles para dar respuesta a PQRSFD Meta del 15%. Formula. Sumatoria de días hábiles transcurridos entre la fecha de presentación de la PQRSFD y la fecha de respuesta / total de PQRSFD presentadas en el periodo x100.

AÑO 2024:

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

AÑO	Trimestral	IPS	Total PQRSD presentadas.	Días
2024	Marzo	ESE Pasto Salud	196	7,08
2024	Junio	ESE Pasto Salud	191	7.95
2024	Septiembre	ESE Pasto Salud	257	8,08
2024	Diciembre	ESE Pasto Salud	*	

* : no se encontró valores

Para el año 2024 se encontraron tres (3) reportes trimestrales, con un nivel de cumplimiento menor a 15 días, por lo que el indicador cumple con la meta establecida.

Se verifico en la plataforma INFOMEDIC POR POA el indicador 8 meta 4% trimestral

INDICADOR 8: PROPORCIÓN DE PETICIONES QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS PRESENTADAS No de PQRSD / Número de atenciones realizadas x 100

AÑO 2024:

AÑO	Trimestral	IPS	Numero de PQRS	Número total de atenciones	Porcentaje %
2024	Marzo	ESE Pasto Salud	274,00	75.171	0,36
2024	Junio	ESE Pasto Salud	257,00	86.485	0.30
2024	Septiembre	ESE Pasto Salud	191,00	118.402	0,16
2024	Diciembre	ESE Pasto Salud	196,00	91.524	0,21

Para el año 2024 se encontraron 4 reportes trimestrales, con porcentajes menores a la meta que es el 4% por lo que se evidencia que se está cumpliendo con la meta establecida.

Las respuestas a las diferentes PQRSD, que llegan por los diferentes medios a la ESE Pasto salud se realizan por medio del software de Gestión Documental, ORFEO, en la parte administrativa es la auxiliar de SIAU, la que prepara la respuesta y en las diferentes sedes, existe una persona, encargada de dar las respuestas a las PQRSD que se presenten al interior de cada sede, al verificar el contenido de las repuestas a PQRSD se evidencia, que muchas son similares en su redacción por lo que se puede afirmar que el procedimiento en las respuestas es un copie y pegue, ya que se evidencia que un reclamo o una queja tienen la misma redacción y terminan de la misma manera.

6. PLANES DE MEJORA PRODUCTO DE LOS INFORMES satisfacción de usuarios PQRSD

El procedimiento de administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, habla de no implementar acciones de mejora cuando el No de PQRS /No de las atenciones sea $\leq 4\%$ de lo contrario el informe trimestral contendrá análisis causal y se formulara el plan de mejora que será responsabilidad de los directores en este caso de la profesional universitaria de la SIAU.

Durante la vigencia 2024 y revisando el indicador de Infomedic por POA indicador 8 proporción de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas No de PQRSD / número de atenciones realizadas x100 evidenciamos que todos cumplen con la meta, porque están por debajo del 4% por lo que no hay necesidad de realizar planes de mejora durante la vigencia 2024.

7. PLANES ESTABLECIDOS EN MIPG DE LAS POLÍTICAS SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se han definido dos planes de mejora, uno correspondiente a la política de Servicio al Ciudadano suscrito el 24 de abril de 2025 y otro a la de Participación Ciudadana suscrito el 24 de abril de 2025. Estos planes fueron elaborados como respuesta a las recomendaciones derivadas del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG), herramienta del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) que tiene como propósito evaluar el desempeño institucional y promover el fortalecimiento continuo de la gestión pública.

Con el fin de garantizar el cumplimiento y seguimiento adecuado de dichas recomendaciones, el cronograma de actividades para el seguimiento de los planes de mejora fue remitido mediante comunicación oficial el día 25 de mayo de 2025. De acuerdo con este cronograma, el proceso de seguimiento está previsto para desarrollarse entre el 3 y el 12 de junio de 2025. (Actividad en proceso)

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

En relación con los Autodiagnósticos realizados, no fue necesario establecer planes de mejora, ya que las calificaciones obtenidas en cada uno de ellos superaron el 97%, lo cual evidencia un nivel alto de cumplimiento en los componentes evaluados.

No obstante, se identificaron aspectos relevantes en algunas categorías que, si bien no comprometen el resultado general, deben ser tenidos en cuenta para fortalecer y optimizar el proceso de forma continua. A continuación, se detallan dichas categorías junto con los hallazgos más significativos:

AUTODIAGNOSTICO DE SERVICIO AL CIUDADANO

Durante la vigencia 2024 se realizó el autodiagnóstico del Servicio al Ciudadano, obteniendo una calificación total de 99,1%, resultado que no requiere la formulación de un plan de mejoramiento. De las 53 actividades de gestión evaluadas, 47 alcanzaron el 100% y 6 obtuvieron puntajes entre el 90% y 95%.

- **Categoría: Atención incluyente y accesibilidad**
Puntaje obtenido: 99%

Actividad de gestión: La entidad efectúa ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047.

Observación: Las sedes principales cuentan con infraestructura adecuada para garantizar la accesibilidad; sin embargo, se identifican dos sedes (Primero de Mayo y Gualmatan) que aún requieren ajustes.

- **Categoría: Gestión de PQRS**
Puntaje obtenido: 97,7%

Actividad de gestión: La entidad actualizó su reglamento de peticiones, quejas y reclamos, lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas, de acuerdo con el decreto 1166 de 2016.

Observación: El procedimiento actual no contempla expresamente la atención en lenguas nativas; sin embargo, en caso de ser necesario, se dispone de traductores para gestionar las PQR.

Actividad de gestión: La entidad cuenta con mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con Peticiones presentadas por periodistas.

Observación: El procedimiento GOU-PD-29 sobre la administración de PQR no establece una diferenciación para peticiones presentadas por periodistas, quienes son tratados como ciudadanos en general.

Actividad de gestión: La entidad incluye en sus informes de PQRS elementos de análisis como: Recomendaciones institucionales sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos, sugerencias de los ciudadanos para mejorar el servicio, propuestas para incentivar la participación en la gestión pública, iniciativas para racionalizar el uso de los recursos disponibles.

Observación: Estos informes son presentados en el comité de ética, donde participan dos representantes de los usuarios.

- **Categoría Buenas Prácticas.**
Puntaje obtenido: 93,3%

Actividad de gestión: La entidad ofrece atención en jornada continua.

Observación: Las principales sedes de prestación de servicios en salud operan con atención de urgencias las 24 horas. No obstante, la sede administrativa no cuenta con jornada adicional.

Actividad de gestión: La entidad presta atención en horarios adicionales.

Observación: Las sedes de salud prestan servicios de urgencias las 24 horas; sin embargo, la sede administrativa solo lo hace ocasionalmente.

AUTODIAGNOSTICO DE PARTICIPACION CIUDADANA

En la vigencia 2024 se registra un autodiagnóstico de Servicio al Ciudadano, la calificación total es de 97.1%, lo cual no genera un plan de mejoramiento. De las 31 actividades de gestión; 25 tuvieron un puntaje del 100%, 2 un puntaje 95% y 4 un puntaje de 80%.

- **Categoría Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar. Buenas Prácticas.**
Puntaje obtenido: 80%

Actividad de gestión: Divulgar el plan de participación por distintos canales invitando a la ciudadanía o grupos de valor a que opinen acerca del mismo a través de la estrategia que se haya definido previamente.

Observación: El plan se encuentra en la página web institucional, pero no hay participación de la comunidad.

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

Actividad de gestión: Construir un mecanismo de recolección de información en el cual la entidad pueda sistematizar y hacer seguimiento a las observaciones de la ciudadanía y grupos de valor en el proceso de construcción del plan de participación.

Observación: Se realizó un link institucional pero no hay participación por parte de la comunidad

Actividad de gestión: Divulgar el plan de participación ajustado a las observaciones recibidas por distintos canales, informando a la ciudadanía o grupos de valor los cambios incorporados con la estrategia que se haya definido previamente.

Observación: No se cuenta con observaciones

8. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CON ENFOQUE A RIESGOS, RIESGOS MATERIALIZADOS Y TRATAMIENTO

Se evidencia la materialización del modo de falla relacionado con "Inadecuada asignación de citas", (Referente a oportunidad) toda vez que para el segundo semestre de 2024, se incumple la meta programada ≤ 3 de acuerdo a lo siguiente.

Oportunidad asignación de citas medicina general 2024:

- RED NORTE: 5.54
- RED OCCIDENTE: 3.87
- RED ORIENTE: 6.14
- RED SUR: 6.34

Oportunidad asignación de citas odontología general 2024:

- RED NORTE: 1.83
- RED OCCIDENTE: 3.51
- RED ORIENTE: 2.68
- RED SUR: 2.32

Para lo anterior se suscribió un Plan de mejora con fecha de 4 de diciembre de 2024, en donde se generaron 4 acciones correctivas derivadas del requisito incumplido: Materialización de riesgo Inadecuada asignación referente a oportunidad de citas. El seguimiento a este plan se encuentra programado para la segunda semana del mes de junio de 2025.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian un cumplimiento satisfactorio de las metas establecidas para el año 2024 en relación con talleres y actividades desarrolladas con las asociaciones de usuarios. Esto refleja el compromiso institucional con la promoción de la participación social y el fortalecimiento del vínculo con la comunidad usuaria.

Con respecto a la asignación de citas, aunque se evidencia un buen nivel de acceso a las citas y una gestión eficiente en general, persisten retos en la asignación vía call center, lo cual motivó la reestructuración de indicadores para el próximo año, buscando mayor pertinencia y utilidad en la medición de la atención al usuario.

En cuanto a encuestas de satisfacción en 2024, se proyectó aplicar 2.168 encuestas para medir la satisfacción del usuario, distribuidas equitativamente por trimestres y servicios. Sin embargo, se realizaron solo 2.066 encuestas debido a dificultades técnicas con el uso de tablets por parte del personal de SIAU. Esto generó un déficit de 109 encuestas, afectando parcialmente el cumplimiento del diseño muestral y la representatividad de los resultados. Aunque la diferencia no es significativa en términos porcentuales (5%), afecta parcialmente la representatividad y uniformidad del diseño muestral, lo que podría influir en la validez y confiabilidad de los resultados sobre la satisfacción del usuario. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación en herramientas tecnológicas y asegurar el cumplimiento operativo del plan muestral en futuras vigencias.

Durante el año 2024, los usuarios de la ESE Pasto Salud manifestaron altos niveles de satisfacción general, superando la meta institucional del 90% en todos los trimestres (entre 98.8% y 100%). Sin embargo, se identificaron aspectos específicos con resultados por debajo de la meta, como la entrega completa de medicamentos, la disponibilidad de dieta alternativa, la información sobre trámites administrativos y el derecho a consejería, así como la opción de elegir profesional en atención ambulatoria. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer acciones de mejora en áreas clave para garantizar una atención más integral, personalizada y centrada en el usuario.

En 2024, Pasto Salud ESE mantuvo un sistema funcional para gestionar PQRSFD, cumpliendo con los tiempos de respuesta y metas. Sin embargo, se encontraron inconsistencias en registros y seguimiento, así como respuestas poco personalizadas, lo que afecta la confiabilidad y calidad del servicio.

Con relación a los autodiagnósticos realizados durante 2024 reflejan un alto nivel de cumplimiento, con calificaciones superiores al 97%, lo que indica una gestión sólida sin necesidad de planes de mejora adicionales. Sin embargo, se

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

identificaron áreas específicas para fortalecer: en Servicio al Ciudadano, se requiere mejorar la accesibilidad en algunas sedes, formalizar la atención en lenguas nativas y optimizar la diferenciación de peticiones presentadas por periodistas. En Participación Ciudadana, aunque el plan está disponible públicamente, se observa baja participación comunitaria y falta de mecanismos efectivos para recoger y retroalimentar las opiniones.

Durante el segundo semestre de 2024 se evidenció la materialización del riesgo asociado a la “Inadecuada asignación de citas”, ya que en las 4 redes de atención la oportunidad para asignar citas en medicina general superó la meta establecida (≤ 3), mostrando retrasos significativos. En odontología general, aunque la mayoría de las redes cumplió con la meta, la red Occidente sobrepasó el límite. Para abordar esta situación, se suscribió un plan de mejora en diciembre de 2024 con acciones correctivas específicas, cuyo seguimiento está programado para junio de 2025.

HALLAZGOS

A partir de los hechos consignados en este informe, se evidencian los siguientes hallazgos en el desarrollo de la auditoría

- ASIGNACION DE CITAS DE CONSULTA EXTERNA POR DIFERENTES MEDIOS

- 1 Se evidencia incumplimiento en la meta del indicador 6 proporción de citas asignadas por Call Center, que presenta porcentajes por debajo de la meta que es del 35% afectando, la atención en salud de los usuarios, durante la vigencia 2024.

- RESULTADOS APLICACIÓN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIOS

- 2 Entrega incompleta de medicamentos: En los cuatro trimestres de 2024, la entrega completa de medicamentos no alcanzó la meta establecida (90%), con porcentajes entre 76.1% y 87%, lo que indica una deficiencia persistente que afecta la calidad del servicio.
- 3 Insuficiente información a usuarios: Los indicadores relacionados con la información sobre trámites administrativos y consejería psicológica y espiritual mostraron resultados por debajo de la meta (entre 71% y 80%), evidenciando falta de comunicación clara y efectiva hacia los usuarios.
- 4 Limitada oferta de alternativas dietéticas: Aunque hubo una mejora progresiva en la disponibilidad de alternativas de dieta (del 8% al 68%), no se alcanzó la meta del 90%, lo que refleja una insuficiente personalización en la alimentación ofrecida a los usuarios.
- 5 Disminución en la opción de elección de profesional: Se detectó una reducción significativa en la posibilidad de que los usuarios eligieran al profesional que los atendiera en servicios ambulatorios, pasando del 95% en 2023 al 72% en 2024, afectando la percepción de autonomía y satisfacción del paciente.

- GESTION DE PQRSDF VIGENCIA 2024.

- 6 Se evidencia que muchas actas de apertura de buzón de PQRSFD, código GOU -ABP 545, de algunas sedes no se encuentran firmadas por los auxiliares administrativos de las SIAU, durante la vigencia 2024, lo que podría considerarse como un documento que carece de validez.
- 7 En el formato correspondiente a consolidado y seguimiento PQRSFD GOU NUM 439 vigencia abril de 2024 no se encontró el registro del usuario Jesús Arístides Insuasty Delgado identificado con la cedula 12.953.241, usuario que si tiene diligenciado los formatos GOU -PQR 371 Y GOU ABP – 545. Lo anterior puede originar errores en la consolidación de datos para PQRSFD.

- DETERMINACIÓN DE UNA MUESTRA PARA MEDICIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

- 8 Durante 2024, Pasto Salud ESE no logró completar el total de encuestas planificadas para medir la satisfacción del usuario, registrando un déficit de 109 encuestas respecto al tamaño de la muestra proyectado (2,168 planificadas vs. 2,066 aplicadas). lo que generó inconsistencias en la recolección de datos y afectó la uniformidad y cumplimiento del diseño de la muestra establecido.
- 9 Se verifica en las herramientas administrativas INFOMEDIC Y MIIPS, no se evidencia datos del cuarto trimestre de la vigencia 2024, en el indicador 719 “promedio de días hábiles para dar respuesta a PQRSFD”, lo anterior puede generar decisiones erróneas en la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES

VERSIÓN	PROCESO / SERVICIO	CODIGO	NUM
6.0	GESTION DE CONTROL	GCO-IPA	220

DETERMINACIÓN DE UNA MUESTRA PARA MEDICIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Durante 2024, Pasto Salud ESE no logró completar el total de encuestas planificadas para medir la satisfacción del usuario, registrando un déficit de 109 encuestas respecto al tamaño muestral proyectado (2,168 planificadas vs. 2,066 aplicadas). Esta deficiencia se debió principalmente a dificultades en la implementación y adopción del nuevo aplicativo digital por parte del personal administrativo, lo que generó inconsistencias en la recolección de datos y afectó la uniformidad y cumplimiento del diseño muestral establecido. Se recomienda fortalecer el proceso de capacitación y acompañamiento al personal en el uso del aplicativo digital y establecer un plan de contingencia para asegurar el cumplimiento del tamaño muestral y la recolección uniforme de datos.

GESTION DE PQRSDF VIGENCIA 2024.

Se recomienda a las personas encargadas de ayudar a diligenciar el buzón de sugerencias de PQRSFD – GOU -PQR 371 en los diferentes centros de salud, estén más pendientes de realizar esta labor, debido a que se evidencia que muchos buzones, están mal diligenciados o no contienen toda la información solicitada.

Se recomienda que el formato de PQRSFD - GOU -PQR 371 tenga el correspondiente STYKERS de radicado, lo que permitirá realizar un mejor control al documento facilitando su seguimiento.

Se recomienda que las respuestas a las PQRSFD sean redactadas de manera más clara, sin ambigüedades y de manera diferente para cada caso, debido a que se evidencia que muchas respuestas son muy similares.

Se recomienda fortalecer el proceso de capacitación y acompañamiento al personal en el uso del aplicativo digital y establecer un plan de contingencia para asegurar el cumplimiento del tamaño de la muestra y la recolección uniforme de datos para la medición de satisfacción del usuario.

FORTALEZAS

--	--	--	--

ELABORO:	IVAN W. BURBANO P. ANDREA MORAN MAYA	FECHA	16/06/2025
REVISADO PÓR:	JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.	FECHA	16/06/2025