TRD-1010-1846

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PROCESOS DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS (PQRSFD), CORRESPONDIENTE AL III TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2026



CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 76 DE LA LEY 1474 DE JULIO 12 DE 2012, ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN

Control Interno
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado

FECHA DE CORTE – SEPTIEMBRE DE 2026

1. INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en desarrollo de su rol de evaluación independiente, presenta el Informe de Seguimiento a la Gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias (PQRSFD), correspondiente al III Trimestre de la vigencia 2026.

El presente seguimiento tiene como finalidad evaluar la gestión adelantada por el proceso de Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU respecto de la recepción, registro, trámite, gestión y respuesta de las PQRSFD presentadas por los usuarios, sus familias y demás grupos de interés durante el período objeto de seguimiento, verificando la oportunidad en su atención, el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente y los procedimientos institucionales, así como el comportamiento y las tendencias de las diferentes manifestaciones ciudadanas; de manera especial, el seguimiento contempla el análisis de las sugerencias, recomendaciones y felicitaciones recibidas durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2026, con el propósito de identificar oportunidades de mejora, necesidades expresadas por los usuarios, aspectos susceptibles de fortalecimiento y, a su vez, reconocer las experiencias positivas y fortalezas en la prestación de los servicios institucionales.

Así mismo, se analiza la información disponible relacionada con la percepción de los usuarios y la atención brindada, como insumo para determinar acciones que contribuyan al fortalecimiento de la calidad, la humanización de los servicios, la atención al ciudadano y el mejoramiento continuo, el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno constituye un mecanismo preventivo de evaluación que permite identificar fortalezas, oportunidades de mejora y posibles riesgos asociados a la gestión de las PQRSFD, proporcionando información objetiva para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y de la política institucional de servicio al ciudadano.

2. JUSTIFICACION

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de evaluación y seguimiento, realiza el presente informe con el propósito de verificar la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Felicitaciones, Sugerencias y Denuncias (PQRSFD) recibidas por la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá durante el tercer trimestre de 2026, correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre; este seguimiento permite evaluar la oportunidad en la atención y respuesta a las manifestaciones presentadas por los usuarios, identificar situaciones recurrentes relacionadas con la prestación de los servicios de salud y reconocer oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la atención al usuario, la satisfacción, el respeto de sus derechos y la calidad de los servicios institucionales.

Así mismo, busca generar recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de los procesos involucrados, promoviendo una gestión transparente, oportuna y centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios, en concordancia con los objetivos institucionales.

3. OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento a la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Felicitaciones, Sugerencias y Denuncias (PQRSFD) de la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, correspondiente al tercer trimestre de 2026, con el propósito de revisar los resultados reportados, identificar aspectos relevantes en la atención de las manifestaciones de los usuarios y formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la oportunidad en las respuestas, la satisfacción del usuario y la mejora continua institucional.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Verificar la gestión de las PQRSFD recibidas durante el tercer trimestre de 2026, teniendo en cuenta su clasificación, cantidad y comportamiento mensual.

2. Evaluar la oportunidad en la atención y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y demás manifestaciones presentadas por los usuarios, de acuerdo con los términos establecidos.

3. Identificar las principales inconformidades de los usuarios, los servicios involucrados y los atributos de calidad afectados, con el fin de reconocer situaciones recurrentes que puedan impactar la prestación de los servicios de salud.

4. Revisar las acciones de socialización de los derechos y deberes de los usuarios, así como los mecanismos institucionales dispuestos para la recepción y gestión de las PQRSFD.

5. Formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión de las PQRSFD y al mejoramiento continuo de la atención al usuario, promoviendo la calidad, la oportunidad y la satisfacción con los servicios prestados.

5. ALCANCE DE LA EVALUACION

El seguimiento comprende el periodo entre el 1 de julio y el 30 de septiembre de 2026 y toma como referencia el Informe de Gestión de PQRSFD elaborado por el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), con información consolidada en el sistema institucional DARUMA.

La revisión contempla el comportamiento de las manifestaciones recibidas, los canales de atención, las quejas y reclamos por servicio, los atributos de calidad afectados, la socialización de derechos y deberes, la percepción de los usuarios y la oportunidad en las respuestas.

6. MARCO NORMATIVO

La evaluación se realizó considerando, entre otras, las siguientes disposiciones:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 87 de 1993.
- Ley 489 de 1998.
- Ley 1437 de 2011.
- Ley 1474 de 2011.
- Ley 1712 de 2014.
- Ley 1755 de 2015.
- Decreto 1757 de 1994.
- Decreto 1499 de 2017.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

7. METODOLOGIA

Para la elaboración del presente informe se efectuó una revisión documental del informe trimestral de gestión de PQRSFD, considerando los resultados, indicadores y análisis presentados por el área responsable.

El seguimiento se orienta a identificar fortalezas, situaciones que requieren atención y oportunidades de mejora. Los resultados expuestos corresponden a la información reportada por el SIAU; por tanto, las conclusiones se encuentran sujetas a la validación de los registros y soportes institucionales cuando corresponda.

8. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO

8.1 Comportamiento General de las de las PQRSFD

Tipología	Casos	% del total
Felicitaciones	2.366	72.47 %
Peticiones	818	25.04 %
Quejas	79	2.42 %
Sugerencias	1	0.03 %
Reclamos	1	0.03%

Las felicitaciones representan aproximadamente el 72,5 % de las manifestaciones registradas, mientras que las peticiones corresponden al 25 %. Las quejas representan cerca del 2,4 %.

El comportamiento reportado refleja un volumen importante de reconocimientos positivos por parte de los usuarios. No obstante, las peticiones y quejas requieren seguimiento permanente, debido a que permiten identificar barreras de acceso, dificultades administrativas e inconformidades relacionadas con la prestación de los servicios.

Canales de recepción

El informe señala que el 95 % de las manifestaciones fueron recibidas mediante atención presencial en la oficina SIAU, con 3.090 registros. En menor proporción se utilizaron los buzones de sugerencias, la página web, el correo electrónico, la ventanilla única y el código QR.

Se destaca el incremento de los registros realizados a través de la página web, que pasaron de 5 en julio a 19 en septiembre, como aspecto de seguimiento, se considera pertinente fortalecer la divulgación de los canales virtuales y verificar la accesibilidad de los mecanismos institucionales, de manera que los usuarios dispongan de alternativas para presentar sus manifestaciones sin depender principalmente de la atención presencial.

Quejas y reclamos por servicio

Durante el periodo evaluado se reportaron 79 quejas y un reclamo. Entre los servicios con mayor número de quejas se identifican Urgencias, Consulta Externa, Facturación y Ginecoobstetricia, el informe destaca una disminución de las quejas en Urgencias, que pasaron de 8 en julio y 7 en agosto a 2 en septiembre. Facturación también presentó una reducción mensual, de 4 quejas en julio a 2 en septiembre.

Por el contrario, Ginecoobstetricia registró un incremento, al pasar de una queja en julio y una en agosto a cinco en septiembre. Este comportamiento constituye un aspecto que amerita revisión por parte del proceso responsable, con el fin de establecer las causas de las inconformidades y determinar la necesidad de acciones correctivas o de mejora.

Se recomienda mantener el seguimiento a los servicios con mayor recurrencia de quejas y verificar que las oportunidades de mejora identificadas cuenten con responsables, actividades, plazos y evidencias de cumplimiento.

Atributos de calidad afectados

Según el informe del SIAU, los atributos con mayor número de manifestaciones fueron:

- Accesibilidad: 665 casos.
- Confort: 141 casos.
- Información y comunicación: 111 casos.
- Oportunidad: 29 casos.
- Trato digno: 8 casos.

También se reportaron manifestaciones relacionadas con continuidad, seguridad y pertinencia, los resultados resaltan la importancia de revisar las barreras de acceso a los servicios, la orientación suministrada a los usuarios, las condiciones físicas de las instalaciones y la claridad de la información proporcionada durante la atención.

Se recomienda verificar la consistencia entre la clasificación de los atributos, el tipo de manifestación y los registros del sistema DARUMA, con el propósito de garantizar que los análisis se fundamenten en información confiable y permitan priorizar adecuadamente las acciones de mejora.

Protección de los derechos de los usuarios

El informe registra diez casos relacionados con presuntas vulneraciones de derechos durante el trimestre. El trato digno presentó cuatro casos; la comunicación clara y permanente, dos; el acceso a servicios y tecnologías de salud, dos; la atención médica oportuna, uno; y la orientación adecuada, uno.

Aunque el número reportado es reducido frente al total de manifestaciones, cada situación requiere análisis y seguimiento individual, teniendo en cuenta su posible impacto en la experiencia y los derechos de los usuarios.

Se recomienda verificar la trazabilidad de los casos, las medidas adoptadas, la identificación de causas y las acciones implementadas para prevenir su recurrencia, especialmente en lo relacionado con el trato humanizado y la comunicación efectiva.

Socialización de derechos y deberes

Durante el trimestre se reportó la socialización de derechos y deberes a 34.825 usuarios, frente a un total de 49.364 ingresos, equivalente a una cobertura aproximada del 71 %; el informe presenta un incremento de la cobertura del 68 % en julio al 72 % en agosto, porcentaje que se mantuvo en septiembre. Asimismo, se señala que, en una muestra de 989 usuarios, el 90 % reconoció sus derechos.

Estos resultados evidencian avances en las actividades de información y orientación al usuario. Sin embargo, se considera pertinente continuar fortaleciendo las estrategias de socialización para ampliar la cobertura y promover el conocimiento efectivo de los derechos y deberes entre los pacientes y sus familias.

Satisfacción y recomendación institucional

El informe señala que el indicador de recomendación de la institución se mantuvo en el 95 % durante el trimestre y que los indicadores de satisfacción global superaron la meta institucional del 95 %.

Estos resultados representan una percepción favorable de los usuarios respecto de los servicios recibidos. Para efectos del seguimiento, es importante que los resultados se encuentren respaldados por las bases de datos, fichas técnicas de los indicadores y evidencias de aplicación de las encuestas, así como por el análisis de las observaciones y respuestas desfavorables.

Oportunidad en las respuestas

El informe establece como referencia institucional un plazo máximo de 15 días hábiles para responder formalmente las quejas, conforme al procedimiento MD-GC-PR-008. Para los reclamos, señala tiempos diferenciados según su clasificación de riesgo: 24 horas para riesgo vital, 48 horas para riesgo priorizado y 72 horas para riesgo simple, durante el periodo se registró un reclamo clasificado como de riesgo simple, cuya respuesta, según lo reportado, se emitió dentro del tiempo establecido. El documento también indica que el indicador de satisfacción de las respuestas a quejas y reclamos superó la meta mínima del 90 %.

Se recomienda verificar los resultados numéricos de los indicadores, los tiempos efectivos de respuesta, las fechas de radicación y cierre de los casos, y las evidencias correspondientes en DARUMA, con el fin de respaldar las afirmaciones de cumplimiento.

Participación y seguimiento institucional

El informe refiere la realización periódica del Comité de Quejas y Reclamos, el Comité de Ética Hospitalaria, mesas de trabajo y acompañamiento a la Asociación de Usuarios. Estas actividades permiten identificar causas de inconformidad y generar oportunidades de mejora.

Se recomienda verificar las actas, los compromisos derivados de estos espacios, los responsables asignados y el avance de las acciones adoptadas, de manera que se pueda establecer su contribución efectiva al mejoramiento de la atención.

9. ASPECTOS RELEVANTES IDENTIFICADOS

A partir de la revisión documental se destacan los siguientes aspectos:

Fortalezas reportadas

- Predominio de las felicitaciones dentro del total de manifestaciones recibidas.
- Disponibilidad de diferentes canales para la recepción de PQRSFD.
- Disminución de las quejas en Urgencias y Facturación durante el trimestre.
- Cobertura de socialización de derechos y deberes cercana al 71 %.
- Indicador de recomendación institucional reportado en el 95 %.
- Existencia de espacios institucionales para analizar las inconformidades y promover acciones de mejora.

Aspectos que requieren seguimiento

- Incremento de las quejas en Ginecoobstetricia durante septiembre.
- Concentración de manifestaciones en los atributos de accesibilidad, confort e información y comunicación.
- Necesidad de ampliar la cobertura de socialización de derechos y deberes.
- Validación de la consistencia de los datos y de los indicadores reportados.
- Verificación de la trazabilidad y efectividad de las acciones de mejora derivadas de las quejas y reclamos.

RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fortalecer el seguimiento a las quejas presentadas en Ginecoobstetricia y demás servicios con mayor recurrencia, verificando el análisis de causas y la implementación de medidas de mejora.
2. Verificar la consistencia de las cifras reportadas en el informe trimestral frente a los registros del sistema DARUMA, especialmente en la clasificación de manifestaciones, atributos de calidad, servicios afectados e indicadores.
3. Realizar seguimiento a la oportunidad de las respuestas, verificando los tiempos de gestión y cierre de cada caso, de acuerdo con la clasificación aplicable y los procedimientos institucionales.
4. Fortalecer la cobertura de socialización de derechos y deberes de los usuarios, promoviendo estrategias que permitan alcanzar a una mayor proporción de pacientes y familiares.
5. Promover el uso de los canales virtuales y alternativos de recepción de PQRSFD, garantizando su divulgación, disponibilidad y facilidad de acceso.
6. Verificar la formulación, ejecución y efectividad de las acciones de mejora derivadas de las quejas, reclamos y demás manifestaciones, con evidencia de seguimiento por parte de los responsables.

10. CONCLUSIONES

- ☑ La revisión del Informe de Gestión de PQRSFD correspondiente al tercer trimestre de 2026 permite identificar resultados favorables reportados por el SIAU, principalmente por el predominio de las felicitaciones, el indicador de recomendación institucional del 95 % y las actividades de socialización de derechos y deberes.
- ☑ De igual manera, se identifican aspectos que requieren seguimiento, entre ellos el comportamiento de las quejas en determinados servicios, las manifestaciones asociadas a accesibilidad, confort e información y comunicación, y la necesidad de verificar la consistencia de los datos y la efectividad de las acciones de mejora.
- ☑ En consecuencia, se considera pertinente que el proceso responsable continúe fortaleciendo el análisis de las manifestaciones de los usuarios, la trazabilidad de las respuestas y el seguimiento a los compromisos institucionales, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo y a una atención segura, oportuna y humanizada.
- ☑ Las conclusiones del presente documento corresponden a una revisión documental del informe suministrado. La confirmación del cumplimiento efectivo de los controles y de las acciones de mejora requiere la verificación de los soportes correspondientes.

La Oficina de Control Interno recomienda:

11. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el seguimiento a las quejas por servicio: realizar seguimiento especial al comportamiento de las quejas en Ginecoobstetricia, teniendo en cuenta el incremento registrado en septiembre, así como mantener el monitoreo de los demás servicios con mayor número de inconformidades, con el fin de identificar causas y establecer acciones de mejora cuando corresponda.

2. Verificar la calidad y consistencia de la información: validar las cifras, clasificaciones e indicadores presentados en el informe trimestral frente a los registros del sistema DARUMA y los soportes del proceso SIAU, con el propósito de garantizar la confiabilidad de la información reportada.

3. Realizar seguimiento a la oportunidad de las respuestas: verificar el cumplimiento de los tiempos establecidos para la atención de las PQRSFD, mediante la revisión de las fechas de recepción, gestión y respuesta, así como de las evidencias que permitan demostrar el cierre oportuno de cada caso.

4. Fortalecer la socialización de los derechos y deberes de los usuarios: continuar implementando estrategias de información y orientación dirigidas a pacientes y

familiares, procurando ampliar la cobertura reportada durante el trimestre y promover el conocimiento de los derechos y deberes en la prestación de los servicios de salud.

5. Mejorar la accesibilidad a los canales de atención: fortalecer la divulgación y utilización de los diferentes mecanismos de recepción de PQRSFD, incluidos los canales virtuales, con el fin de facilitar la participación de los usuarios y favorecer el acceso oportuno a estos medios.

6. Priorizar los atributos de calidad con mayor número de manifestaciones: analizar las situaciones relacionadas con accesibilidad, confort e información y comunicación, con el propósito de identificar oportunidades de mejora que contribuyan a una atención más oportuna, humanizada y acorde con las necesidades de los usuarios.

7. Verificar la ejecución y efectividad de las acciones de mejora: realizar seguimiento a los compromisos derivados de las quejas, reclamos y demás manifestaciones, verificando la asignación de responsables, los plazos establecidos, las evidencias de cumplimiento y los resultados obtenidos.

8. Mantener el seguimiento a los indicadores de satisfacción: revisar periódicamente los resultados de satisfacción global y recomendación institucional, complementándolos con el análisis de las observaciones e inconformidades presentadas por los usuarios, para identificar oportunidades de fortalecimiento en la prestación de los servicios.

GLORIA PATRICIA TABORDA VELASQUEZ
Jefe Oficina Control Interno.