
INFORME SEGUIMIENTO PQRS-D SEMESTRE I 2026



CLAUDIA MILENA RENDON ARCILA
Asesora Externa de control interno

JUAN ALEJANDRO MONSALVE HENAO
Gerente

Julio de 2026

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno y en desarrollo de las actividades de evaluación independiente contempladas en el Sistema de Control Interno, se presenta el Informe Técnico de Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) correspondiente al primer semestre de la vigencia 2026 de la E.S.E. Hospital San José del municipio de La Celia, Risaralda.

Las PQRSD constituyen uno de los principales mecanismos mediante los cuales los ciudadanos ejercen su derecho a participar en la gestión pública, evaluar la calidad de los servicios recibidos y manifestar sus necesidades, inconformidades o propuestas de mejoramiento. En consecuencia, su adecuada administración representa un instrumento fundamental para fortalecer la transparencia, la confianza institucional, el mejoramiento continuo y la humanización en la prestación de los servicios de salud.

Desde la perspectiva del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la gestión de las PQRSD hace parte de la Política de Servicio al Ciudadano y constituye un insumo estratégico para la toma de decisiones, la administración del riesgo institucional y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno. Así mismo, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el análisis de las manifestaciones de los usuarios permite identificar oportunidades de mejora relacionadas con la seguridad del paciente, la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad y la satisfacción frente a los servicios prestados.

El presente informe no se limita a verificar el cumplimiento de los términos legales para la atención de las solicitudes ciudadanas, sino que desarrolla un análisis integral de la gestión institucional, evaluando aspectos relacionados con la oportunidad en las respuestas, la trazabilidad documental, la efectividad de los mecanismos de recepción, la recurrencia de las inconformidades y los riesgos derivados de las debilidades identificadas.

La información analizada fue suministrada por el proceso de Gestión de la Calidad y por la dependencia responsable de la recepción de las comunicaciones oficiales, la cual fue contrastada con la normatividad vigente y con los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social y demás disposiciones aplicables al sector público.

Finalmente, el informe incorpora recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional, la optimización de los procesos administrativos y asistenciales y el mejoramiento continuo del servicio prestado a la comunidad, contribuyendo al cumplimiento de los principios de eficacia, eficiencia, economía, transparencia, responsabilidad y participación ciudadana establecidos en la Constitución Política y desarrollados por la legislación colombiana.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión institucional relacionada con la recepción, trámite, seguimiento y respuesta de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) presentadas por los usuarios de la E.S.E. Hospital San José de La Celia durante el primer semestre de 2026, verificando el cumplimiento de la normatividad vigente, la oportunidad de las respuestas, la efectividad de los mecanismos implementados y la identificación de oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales relacionadas con la atención de las PQRSD.
- Evaluar la oportunidad en la respuesta de las solicitudes presentadas por los usuarios.
- Analizar estadísticamente el comportamiento de las PQRSD durante el período evaluado.
- Identificar los procesos institucionales con mayor recurrencia de inconformidades.
- Evaluar la eficacia de los mecanismos institucionales para la recepción, radicación, seguimiento y respuesta de las comunicaciones oficiales.
- Determinar los riesgos institucionales derivados de las debilidades evidenciadas durante el seguimiento.
- Formular recomendaciones técnicas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la gestión documental, el servicio al ciudadano y el mejoramiento continuo.

ALCANCE

El presente informe comprende el análisis de todas las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) recibidas por la E.S.E. Hospital San José de La Celia durante el período comprendido entre el primero (01) de enero y el treinta (30) de junio de 2026.

La evaluación incluye la revisión de los mecanismos institucionales para la recepción y trámite de las solicitudes ciudadanas, el cumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos por la legislación colombiana, la identificación de los procesos institucionales involucrados, el análisis de las causas recurrentes de inconformidad y la formulación de recomendaciones para fortalecer la gestión institucional.

No hace parte del alcance la evaluación disciplinaria de los servidores públicos involucrados ni la valoración jurídica del contenido de las respuestas emitidas, salvo en aquellos aspectos relacionados con el cumplimiento de los términos legales y de los procedimientos institucionales.

METODOLOGÍA

La elaboración del presente informe se desarrolló bajo un enfoque de auditoría basado en riesgos, utilizando técnicas de revisión documental, análisis estadístico e interpretación de la información suministrada por la entidad.

Las principales actividades desarrolladas fueron:

1. Revisión de la información suministrada por el proceso de Gestión de la Calidad y por la dependencia responsable de la recepción de la correspondencia institucional.
2. Verificación del número de PQRSD recibidas durante el período objeto de evaluación.
3. Clasificación de las solicitudes por tipo, proceso institucional involucrado y mecanismo de respuesta.
4. Verificación del cumplimiento de los términos legales establecidos para la atención de las solicitudes ciudadanas.
5. Evaluación de los mecanismos institucionales utilizados para la recepción, radicación y seguimiento de las comunicaciones oficiales.
6. Identificación de riesgos institucionales asociados a las debilidades evidenciadas.
7. Elaboración de conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión institucional.

La metodología aplicada incorpora los principios de objetividad, independencia, integralidad y mejora continua que orientan el ejercicio del Control Interno en las entidades públicas, garantizando que los resultados obtenidos constituyan una herramienta para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la elaboración del presente informe se consultaron las siguientes fuentes:

- Base de datos de PQRSD suministrada por el proceso de Gestión de la Calidad.
- Registros administrativos de la entidad.
- Información suministrada por la dependencia encargada de la recepción de comunicaciones oficiales.
- Procedimientos internos relacionados con el trámite de PQRSD.
- Información suministrada por la dependencia jurídica, encargada de apoyar la respuesta a Derechos de Petición y/o comunicaciones oficiales.
- Normatividad vigente aplicable al derecho de petición, servicio al ciudadano, transparencia, gestión documental y Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Archivo General de la Nación.

MARCO NORMATIVO

2.1 Marco normativo aplicable al seguimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD)

El seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno a la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) se fundamenta en el conjunto de disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias que regulan el derecho fundamental de petición, la participación ciudadana, la transparencia administrativa, el Sistema de Control Interno y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

El cumplimiento de este marco jurídico constituye un elemento esencial para garantizar la protección de los derechos de los usuarios, fortalecer la confianza institucional y promover la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

2.2 Constitución Política de Colombia: La Constitución Política constituye el principal fundamento jurídico para la gestión de las PQRSD y establece diversos principios que orientan la actuación de las entidades públicas.

Artículo 2 : Define como fines esenciales del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general, garantizar la efectividad de los derechos y facilitar la participación de todos los ciudadanos en las decisiones que los afectan.

En consecuencia, la adecuada atención de las PQRSD constituye una obligación constitucional encaminada a garantizar la participación ciudadana y la protección efectiva de los derechos de los usuarios.

Artículo 23: Consagra el Derecho Fundamental de Petición, estableciendo que toda persona puede presentar solicitudes respetuosas ante las autoridades por motivos de interés general o particular y obtener pronta resolución. Este artículo constituye el fundamento principal del trámite de las PQRSD.

Artículo 74: Garantiza el derecho de acceso a los documentos públicos, salvo las excepciones establecidas por la ley. Este principio fortalece la transparencia institucional y el acceso a la información pública.

Artículo 209: Establece que la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de: Igualdad, Moralidad, Eficacia, Economía, Celeridad, Imparcialidad, Publicidad. Estos principios orientan la gestión institucional de las PQRSD y sirven como criterios para evaluar la calidad del servicio prestado.

2.3 Ley 87 de 1993: "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado." Esta ley determina que el Sistema de Control Interno debe garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales mediante mecanismos permanentes de evaluación, seguimiento y mejoramiento continuo.

El seguimiento a las PQRSD constituye una herramienta de evaluación independiente que permite: Identificar riesgos institucionales, Detectar debilidades en los procesos, Formular acciones de mejora, Fortalecer la gestión administrativa, Promover la transparencia.

2.4 Ley 489 de 1998: Esta norma desarrolla los principios de la función administrativa y establece que las entidades públicas deben orientar su gestión hacia el ciudadano, promoviendo mecanismos de participación y mejoramiento continuo.

Las PQRSD representan uno de los principales instrumentos de interacción entre la administración y los usuarios de los servicios de salud.

2.5 Ley 1437 de 2011: Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), Regula el procedimiento administrativo y desarrolla el Derecho Fundamental de Petición.

El artículo 14 establece los términos máximos para resolver las solicitudes ciudadanas.

Tipo de solicitud	Término legal
Peticiones de interés general o particular	15 días hábiles
Solicitud de documentos	10 días hábiles
Consultas	30 días hábiles
Peticiones entre autoridades	10 días hábiles

El cumplimiento de estos términos constituye uno de los principales indicadores de evaluación del presente informe.

2.6 Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción, esta ley fortalece los mecanismos de transparencia y control en las entidades públicas.

Artículo 76: el cual establece la obligación de que todas las entidades públicas cuenten con una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las PQRSD. Igualmente dispone que la Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento permanente al trámite de dichas solicitudes y presentar informes periódicos a la administración.

La norma también exige que las entidades dispongan de mecanismos electrónicos para facilitar la presentación de quejas relacionadas con posibles actos de corrupción.

2.7 Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, esta norma obliga a todas las entidades públicas a garantizar la publicidad de la información institucional mediante sus medios oficiales, especialmente su página web.

2.8 Ley 1755 de 2015: La Ley 1755 regula de manera integral el Derecho Fundamental de Petición, estableciendo: modalidades de petición, requisitos mínimos, términos de respuesta, comunicaciones incompletas, desistimiento, notificaciones, competencias. Esta norma constituye el principal referente jurídico para evaluar la oportunidad de las respuestas emitidas por la entidad.

2.9 Ley 1757 de 2015: Participación Ciudadana, Esta ley fortalece los mecanismos

Carrera 2 N° 5-62. La Celia – Risaralda.
Cel. 3127770183 -3127770187

www.hlacelia.gov.co / hospital.lacelia@hlacelia.gov.co

mediante los cuales los ciudadanos participan en la gestión pública. Las PQRSD constituyen uno de los instrumentos permanentes de participación ciudadana y control social. Por ello, las entidades públicas deben garantizar mecanismos accesibles, oportunos y eficaces para su recepción y respuesta.

2.10 Decreto Único Reglamentario 780 de 2016: Este decreto compila la normatividad del Sector Salud, dentro de sus disposiciones desarrolla aspectos relacionados con: calidad en la atención, seguridad del paciente; humanización; participación social; atención al usuario. La adecuada gestión de las PQRSD constituye un componente transversal para evaluar el cumplimiento de estas disposiciones.

2.11 Decreto 648 de 2017: Modifica el régimen de las Oficinas de Control Interno, El artículo 2.2.21.4.9 establece que los jefes de Control Interno deberán presentar informes sobre el cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

En consecuencia, el presente informe constituye una obligación legal derivada de dicho decreto.

2.12 Decreto 1499 de 2017: Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), este decreto adopta el MIPG como modelo para la gestión pública. El seguimiento a las PQRSD se relaciona directamente con las políticas de: Servicio al Ciudadano, Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información, Planeación Institucional, Gestión del Conocimiento, Control Interno, Integridad.

El análisis de las PQRSD constituye una fuente de información para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la entidad.

2.13 Resolución 3100 de 2019: Esta resolución establece los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación. Dentro de los estándares evaluados se encuentran aspectos relacionados con: atención humanizada; gestión del riesgo; seguridad del paciente; mejoramiento continuo; atención al usuario.

Las quejas presentadas por los usuarios constituyen un insumo para evaluar el cumplimiento de dichos estándares.

2.14 Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

El MECI establece que las entidades deben implementar mecanismos de evaluación permanente para identificar oportunidades de mejora. El seguimiento a las PQRSD contribuye especialmente a los componentes de:

- Evaluación Independiente.
- Actividades de Control.
- Gestión del Riesgo.
- Información y Comunicación.
- Monitoreo.

2.15 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad promueve el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios de salud mediante cuatro componentes:

- Sistema Único de Habilitación.
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- Sistema de Información para la Calidad.
- Sistema Único de Acreditación.

Las PQRSD representan una fuente estratégica de información para identificar oportunidades de mejora dentro del PAMEC, permitiendo fortalecer la satisfacción del usuario, la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

2.16 Política de Servicio al Ciudadano

En el marco del MIPG, la Política de Servicio al Ciudadano busca garantizar una atención integral, accesible, incluyente y oportuna.

El análisis periódico de las PQRSD permite:

- medir la satisfacción de los usuarios;
- identificar causas de inconformidad;
- fortalecer la cultura del servicio;
- mejorar la experiencia del ciudadano;
- incrementar la confianza en la institución.

2.17 Política de Gestión Documental

La adecuada gestión documental garantiza la autenticidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información institucional.

MARCO CONCEPTUAL

3.1 Generalidades

La gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) constituye uno de los principales mecanismos de interacción entre la ciudadanía y las entidades públicas. En el sector salud, estos instrumentos permiten conocer la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios, identificar oportunidades de mejora y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.

Para la E.S.E. Hospital San José de La Celia, la administración adecuada de las PQRSD representa una herramienta de gestión que trasciende el cumplimiento de un requisito legal, convirtiéndose en un componente estratégico para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

El presente marco conceptual desarrolla los principales términos utilizados durante el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, proporcionando una base técnica para la interpretación de los resultados obtenidos.

3.2 Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD)

Las PQRSD corresponden al conjunto de mecanismos mediante los cuales los ciudadanos ejercen su derecho de participación frente a la administración pública, permitiendo solicitar información, expresar inconformidades, formular propuestas de mejora o denunciar presuntas irregularidades.

Su adecuada gestión contribuye a:

- Fortalecer la participación ciudadana.
- Mejorar la calidad institucional.
- Identificar riesgos operacionales.
- Promover la transparencia.
- Incrementar la satisfacción del usuario.
- Apoyar la mejora continua.

3.3 Petición: Es toda solicitud respetuosa presentada por una persona ante una autoridad para obtener información, formular consultas, solicitar documentos o requerir una actuación administrativa. Las peticiones pueden presentarse por interés general o particular y deben ser atendidas dentro de los términos establecidos por la Ley 1755 de 2015.

3.4 Queja: Es la manifestación de inconformidad presentada por un usuario respecto de la conducta de un servidor público, un colaborador o de la prestación de un servicio institucional.

Las quejas constituyen una fuente de información para identificar deficiencias relacionadas con: Trato Al Usuario; Oportunidad en la Atención; Humanización; Accesibilidad; Comunicación; Atención Administrativa; Procesos Asistenciales.

3.5 Reclamo: El reclamo es la manifestación mediante la cual un usuario solicita la revisión o corrección de una actuación institucional que considera afecta sus derechos o no satisface las condiciones inicialmente ofrecidas. Generalmente se relaciona con: prestación del servicio; facturación; autorizaciones; entrega de medicamentos; asignación de citas; procesos administrativos.

3.6 Sugerencia: La sugerencia consiste en la propuesta presentada por un ciudadano con el propósito de mejorar la calidad de los servicios, optimizar procedimientos o fortalecer la gestión institucional. Este mecanismo refleja el nivel de participación activa de los usuarios y constituye un insumo valioso para la innovación, el rediseño de procesos y el fortalecimiento del servicio al ciudadano.

3.7 Denuncia: La denuncia corresponde a la comunicación mediante la cual un ciudadano informa hechos que podrían constituir irregularidades administrativas, disciplinarias, fiscales, penales o actos de corrupción.

Las entidades públicas deben garantizar mecanismos seguros, confidenciales y accesibles para la recepción y trámite de estas comunicaciones, promoviendo la transparencia y la integridad institucional.

3.8 Derecho Fundamental de Petición: El Derecho Fundamental de Petición permite a toda persona presentar solicitudes respetuosas ante las autoridades y obtener una respuesta clara, completa, congruente y dentro de los términos legales.

Este derecho constituye uno de los principales mecanismos de protección de los ciudadanos frente a la administración pública y representa el fundamento jurídico del proceso institucional de gestión de PQRSD. Su adecuada atención fortalece la confianza ciudadana y contribuye a la legitimidad institucional.

3.9 Servicio al Ciudadano: El servicio al ciudadano comprende el conjunto de políticas, procesos y acciones orientadas a garantizar una atención eficiente, oportuna, incluyente, accesible y transparente a los usuarios de los servicios públicos.

En el marco del MIPG, esta política busca que las entidades centren su gestión en las necesidades de los ciudadanos, promoviendo la mejora continua de la experiencia del usuario. Las PQRSD constituyen uno de los principales mecanismos para evaluar la efectividad de esta política.

3.10 Calidad en la Atención en Salud: La calidad en salud es el conjunto de características que permiten garantizar que los servicios prestados satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios, de conformidad con estándares científicos, técnicos y éticos. Entre sus atributos fundamentales se encuentran: Accesibilidad, Oportunidad, Continuidad, Pertinencia, Seguridad, Humanización, Satisfacción del usuario.

El análisis de las PQRSD permite medir indirectamente el desempeño institucional respecto de estos atributos.

3.11 Humanización de la Atención: La humanización implica brindar servicios de salud centrados en la dignidad de las personas, respetando sus derechos, necesidades y expectativas. Comprende aspectos como: trato digno; comunicación efectiva; respeto por la autonomía del paciente; empatía; confidencialidad; atención diferencial.

3.12 Satisfacción del Usuario: La satisfacción del usuario corresponde al grado en que la percepción del ciudadano frente al servicio recibido coincide con sus expectativas. Su evaluación constituye un indicador estratégico para: medir la calidad institucional; identificar oportunidades de mejora; fortalecer la confianza ciudadana; orientar decisiones gerenciales.

3.13 Oportunidad: La oportunidad hace referencia a la capacidad institucional para atender las solicitudes ciudadanas dentro de los términos legales y en un tiempo razonable, evitando retrasos que puedan afectar los derechos de los usuarios.

3.14 Trazabilidad: La trazabilidad consiste en la capacidad de realizar seguimiento al ciclo completo de una PQRSD desde su recepción hasta el cierre del trámite.

3.15 Gestión Documental: La gestión documental comprende el conjunto de actividades orientadas a planificar, organizar, conservar, administrar y disponer adecuadamente de los documentos producidos por la entidad.

3.16 Mejoramiento Continuo: El mejoramiento continuo es un principio de gestión que busca incrementar de manera permanente la eficacia, eficiencia y calidad de los procesos institucionales mediante la identificación de oportunidades de mejora, la implementación de acciones correctivas y preventivas y la evaluación de sus resultados.

Las PQRSD constituyen una fuente primaria de información para orientar las acciones de mejora dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y del Sistema Integrado de Gestión.

3.17 Control Interno: El Sistema de Control Interno es el conjunto de políticas, procedimientos, actividades y mecanismos establecidos para proporcionar una seguridad razonable respecto al cumplimiento de los objetivos institucionales.

En el contexto de este informe, el seguimiento a las PQRSD permite evaluar la eficacia de los controles implementados para la atención al ciudadano, la gestión documental, el cumplimiento de la normatividad y la gestión de riesgos, aportando información para la toma de decisiones y el fortalecimiento institucional.

3.18 Relación de las PQRSD con el MIPG y el SOGCS

La gestión de las PQRSD tiene un carácter transversal, ya que aporta información relevante para diversas políticas y sistemas institucionales. En el MIPG fortalece las políticas de Servicio al Ciudadano, Transparencia, Gestión Documental, Integridad, Gestión del Conocimiento y Control Interno. En el SOGCS, las PQRSD constituyen un insumo para el PAMEC, al facilitar la identificación de oportunidades de mejora relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad del paciente y la humanización de la atención.

Esta articulación convierte el análisis de las PQRSD en una herramienta estratégica para la Alta Dirección, al proporcionar evidencia objetiva para la formulación de acciones de mejora, la administración de riesgos y la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del desempeño institucional.

Consideraciones de la Oficina Asesora de Control Interno

Desde la perspectiva del Control Interno, la gestión de las PQRSD no debe entenderse únicamente como un procedimiento administrativo de recepción y respuesta a solicitudes ciudadanas. Debe concebirse como un **instrumento de gestión estratégica**, capaz de suministrar información confiable sobre el desempeño institucional, el cumplimiento de los principios de la función administrativa y la percepción de los usuarios frente a los servicios de salud.

Por ello, el análisis de las PQRSD debe integrarse con los resultados del PAMEC, el mapa de riesgos institucional, los indicadores de calidad, las encuestas de satisfacción y los informes de auditoría interna. Esta integración permite fortalecer la gestión basada en

=====

evidencia, orientar acciones preventivas y correctivas, y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la consolidación de una cultura de calidad, transparencia y mejora continua.

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS TÉCNICO DE LOS RESULTADOS

4.1 Generalidades del seguimiento

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno y en observancia de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 648 de 2017, se realizó el seguimiento a la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) tramitadas por la E.S.E. Hospital San José de La Celia durante el período comprendido entre el primero (01) de enero y el 30 de junio de 2026.

El propósito del seguimiento consistió en verificar el cumplimiento de los procedimientos institucionales, evaluar la oportunidad en las respuestas emitidas, analizar el comportamiento de las solicitudes ciudadanas e identificar oportunidades de mejora que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno, la gestión documental, la atención al usuario y el mejoramiento continuo.

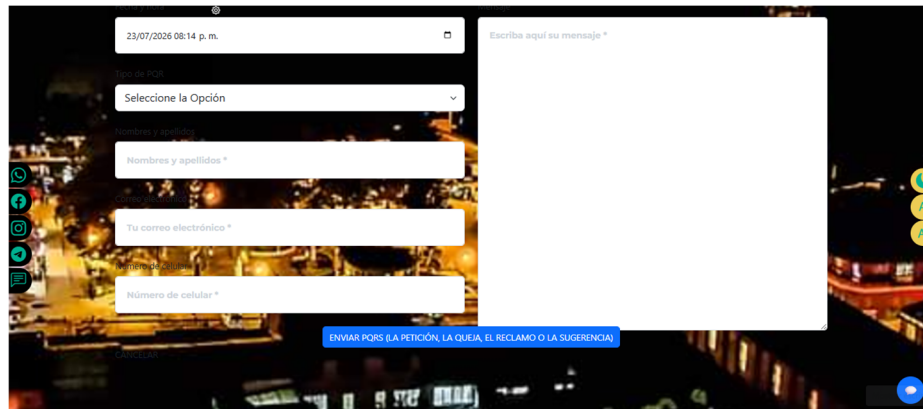
La evaluación se realizó con base en la información suministrada por el proceso de Gestión de la Calidad, los registros institucionales de PQRSD y la documentación soporte del trámite dado a cada una de las solicitudes recibidas durante el período evaluado.

4.2 Canales de atención de PQRSD

Durante el período evaluado, la entidad contó con diferentes mecanismos presenciales y virtuales para la recepción de las PQRSD.

Presencial: Oficina SIAU, primer piso instalaciones E.S.E Hospital San José
Correo electrónico hospital.lacelia@risaralda.gov.co
Buzón PQRSD: Primer piso sala espera consulta externa.
Primer piso sala de Urgencias
Sitio web: <https://www.hlacelia.gov.co/>

Se muestra a continuación el enlace de acceso en el sitio web de la ESE Hospital San José de La Celia, correspondiente a peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, mediante el cual, los usuarios pueden acceder para proceder con lo correspondiente, según la necesidad a reportar



La disponibilidad de múltiples canales de atención incrementa la accesibilidad y facilita el ejercicio del derecho de petición.

Durante el periodo se habilitó la disponibilidad permanente del portal institucional lo que permite el acceso a los usuarios, dando así cumplimiento de las obligaciones de transparencia activa establecidas en la Ley 1712 de 2014.

4.3 Comportamiento general de las PQRS

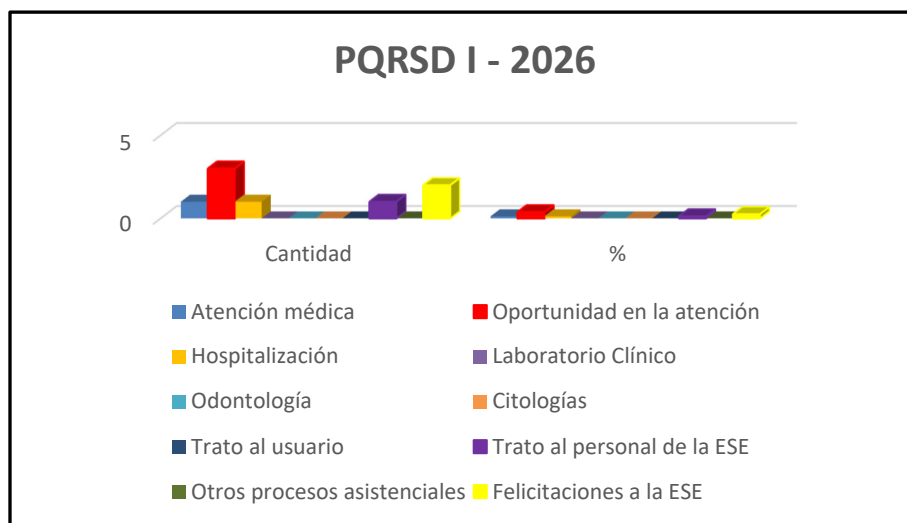
De acuerdo con la información suministrada por la entidad, durante el primer semestre de la vigencia 2026 fueron registradas ocho (8) PQRS.

El análisis de la clasificación evidenció que de totalidad de los registros corresponde el 75% a quejas y el 25% a felicitaciones a la ESE, sin que se presentaran peticiones, reclamos, sugerencias o denuncias durante el período objeto de evaluación.

Tabla 1. Clasificación área de las quejas

PQRS SEMESTRE I – 2026		
Área	Cantidad	%
Atención médica	1	13%
Oportunidad en la atención	3	38%
Hospitalización	1	13%
Laboratorio Clínico	0	0%
Odontología	0	0%
Citologías	0	0%
Trato al usuario	0	0%
Trato al personal de la ESE	1	13%
Otros procesos asistenciales	0	0%
Felicitaciones a la ESE	2	25%
Total	8	100%

Gráfica No.01 Clasificación por área



El análisis cualitativo de las quejas evidencia que las inconformidades estuvieron relacionadas principalmente con procesos asistenciales, especialmente aquellos asociados a la atención directa al usuario.

De igual manera es importante precisar que se reciben 2 felicitaciones durante el semestre, lo que refleja la satisfacción de la comunidad por los servicios recibidos de la ESE, lo cual se recibe con g

Distribución de las quejas por proceso institucional

El análisis cualitativo de las quejas evidencia que las inconformidades estuvieron relacionadas principalmente con procesos asistenciales, especialmente aquellos asociados a la atención directa al usuario.

Tabla 2. Clasificación temática de las quejas

Tipo de PQR'S	Medio de Respuesta	Proceso Implicado
QUEJA	OFICIO	CONSULTA
QUEJA	NO APLICA-ANONIMO	AGENDAMIENTO – CITOLOGÍA
QUEJA	NO APLICA- ANONIMO	HOSPITALIZACIÓN
FELICITACIONES	NO APLICA- ANONIMO	GERENCIA - INTERNISTA
FELICITACIONES	NO APLICA- ANONIMO	GERENCIA – INTERNISTA
QUEJA	OFICIO	MAL TRATO VERBAL POR PARTE DE USUARIO
QUEJA	NO APLICA- ANONIMO	ATENCIÓN MEDICO
QUEJA	OFICIO	AGENDAMIENTO – CITA ESPECIALISTA

4.4 Oportunidad en la respuesta

Uno de los principales aspectos evaluados durante el seguimiento corresponde al cumplimiento de los términos legales establecidos en la Ley 1755 de 2015 y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

De acuerdo con la documentación revisada, las seis (06) quejas recibieron respuesta dentro de los términos legalmente establecidos.

Tabla 3. Cumplimiento de oportunidad

CUMPLIMIENTO DE OPORTUNIDAD	
Indicador	Resultado
PQRSD Recibidas	6
Respondidas oportunamente	6
Respondidas fuera del término	0
Cumplimiento	100%

El cumplimiento del 100 % en la oportunidad de respuesta evidencia que la entidad dispone de controles efectivos para evitar el vencimiento de los términos legales.

No obstante, la oportunidad constituye únicamente uno de los componentes de la calidad en la atención de las PQRSD. Es igualmente necesario fortalecer la calidad técnica de las respuestas, la trazabilidad documental y el seguimiento a la implementación de las acciones correctivas derivadas de las quejas.

4.5 Evaluación de la gestión documental

Durante la revisión documental se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el proceso de radicación, seguimiento y archivo de las PQRSD.

Aunque la entidad dispone de registros de control, se evidencian aspectos susceptibles de fortalecimiento para garantizar una mayor trazabilidad durante todo el ciclo de vida de las solicitudes.

Una adecuada gestión documental reduce significativamente los riesgos asociados a pérdida de información, respuestas extemporáneas y dificultades para la rendición de cuentas. Asimismo, facilita el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno y mejora la disponibilidad de la información para procesos de auditoría.

4.6 Análisis integral del desempeño institucional

Desde la perspectiva del Sistema de Control Interno, el proceso de gestión de PQRSD presenta un desempeño **favorable** en cuanto al cumplimiento de los términos legales para la respuesta a los usuarios.

Sin embargo, el análisis evidencia oportunidades de mejora relacionadas con la gestión estratégica del proceso. La información derivada de las PQRSD aún puede aprovecharse de manera más efectiva como insumo para la gestión del riesgo, el fortalecimiento del PAMEC, la medición de indicadores de calidad y la formulación de acciones preventivas.

La Oficina Asesora de Control Interno considera que la consolidación de un tablero de control institucional de PQRSD, integrado con indicadores de oportunidad, reincidencia, satisfacción del usuario y cumplimiento de planes de mejora, permitirá a la Alta Dirección contar con información confiable para la toma de decisiones y fortalecer el cumplimiento de los principios de eficacia, eficiencia, transparencia y mejora continua.

HALLAZGOS, ANÁLISIS DE CAUSAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

5.1 Generalidades

De conformidad con las funciones asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno y con fundamento en la evidencia recopilada durante el seguimiento al proceso de gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), se identificaron una serie de fortalezas y oportunidades de mejora relacionadas con el cumplimiento normativo, la gestión documental, el servicio al ciudadano y la administración del proceso.

Los hallazgos presentados en este capítulo fueron estructurados bajo la metodología utilizada en auditoría interna, incorporando los elementos de **criterio, condición, causa, efecto, riesgo y recomendación**, lo cual facilita la formulación de acciones de mejoramiento y el seguimiento posterior por parte de la Alta Dirección y de los responsables de los procesos.

Es importante precisar que los hallazgos aquí descritos corresponden a oportunidades de fortalecimiento institucional y no constituyen determinaciones de carácter disciplinario, fiscal o penal.

5.2 Fortalezas identificadas

Como resultado del seguimiento, se destacan las siguientes fortalezas institucionales:

- Cumplimiento del 100 % en los tiempos legales de respuesta a las PQRSD.
- Existencia de un registro de las solicitudes recibidas durante el período evaluado.
- Disponibilidad de canales presenciales y virtuales para la recepción de PQRSD.
- Disposición institucional para suministrar la información requerida por la Oficina Asesora de Control Interno.
- Evidencia de respuestas emitidas a las solicitudes presentadas por los usuarios.

Estas fortalezas constituyen una base favorable para consolidar un proceso de atención al ciudadano más robusto y alineado con las políticas de calidad y transparencia.

Concepto de la Oficina Asesora de Control Interno

Como resultado del seguimiento efectuado, se concluye que el proceso de gestión de PQRSD presenta un **nivel de cumplimiento favorable** en relación con la oportunidad de respuesta y el acatamiento de los términos legales. No obstante, se identifican oportunidades de mejora en la gestión documental, el fortalecimiento de los canales de

atención al ciudadano, la utilización estratégica de la información y el análisis de causas de las inconformidades.

Se considera prioritario que las acciones derivadas de los hallazgos sean incorporadas al Plan de Mejoramiento Institucional, al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y al Mapa de Riesgos Institucional, garantizando un seguimiento periódico por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y de la Alta Dirección.

SEGUIMIENTO A LOS DERECHOS DE PETICIÓN

6.1 Generalidades

En cumplimiento de las funciones de evaluación y seguimiento asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno y conforme a lo establecido en la Ley 1755 de 2015, la Ley 1437 de 2011, la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 648 de 2017, se realizó la verificación de los Derechos de Petición radicados ante la E.S.E. Hospital San José de La Celia durante el primer semestre de la vigencia 2026.

El objetivo de este capítulo es evaluar el cumplimiento de los términos legales, la calidad de las respuestas emitidas, la trazabilidad documental y el comportamiento estadístico de los Derechos de Petición como mecanismo para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de petición.

6.2 Objetivo del seguimiento

Verificar que los Derechos de Petición presentados ante la entidad hayan sido tramitados conforme a la normatividad vigente, garantizando:

- Radicación adecuada.
- Asignación de responsable.
- Respuesta dentro del término legal.
- Respuesta de fondo, clara, precisa y congruente.
- Conservación de los soportes documentales.

6.3 Metodología

Para el desarrollo del seguimiento se efectuaron las siguientes actividades:

- Revisión del libro o sistema de radicación.
- Verificación de los expedientes.
- Revisión de fechas de ingreso y respuesta.
- Comparación con los términos legales.
- Revisión de las comunicaciones emitidas.
- Verificación del cierre del trámite.

6.4 Comportamiento de los Derechos de Petición

Tabla 04. Derechos de Petición recibidos

DERECHOS DE PETICIÓN SEMESTRE I - 2026	
Concepto	Cantidad
Derechos de petición recibidos	2
Respondidos	2
Pendientes	0
Archivados	0

Durante el período evaluado fueron radicados dos (02) Derechos de Petición, de los cuales el 100% fueron respondidos dentro del período, por lo tanto, ninguna solicitud permanece en trámite al cierre del periodo del informe.

6.5 Clasificación por tipo de petición

Tabla 05. Clasificación

CLASIFICACIÓN		
Tipo de petición	Cantidad	%
Interés particular	0	100%
Interés general	2	0%
Solicitud de documentos	0	0%
Consulta	0	0%
Otros	0	0%

6.6 Evaluación de oportunidad

Tabla 06. Cumplimiento de términos legales

RESPUESTAS	
Concepto	Cantidad
Respondidos oportunamente	2
Respondidos fuera del término	0
Pendientes de respuesta	0
Indicador de cumplimiento	100%

Se evidencia un cumplimiento del 100% en la atención de los derechos de petición dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente. Asimismo, se verificó que las respuestas emitidas fueron **de fondo**, es decir, resolvieron de manera clara, completa, congruente y motivada las solicitudes presentadas por los peticionarios, garantizando el ejercicio efectivo del derecho fundamental de petición.

Este resultado refleja una adecuada gestión institucional en el trámite de las peticiones, el cumplimiento de los principios de oportunidad, eficacia y transparencia, así como el fortalecimiento de los mecanismos de atención al ciudadano. En consecuencia, no se evidencian incumplimientos relacionados con la extemporaneidad de las respuestas ni con la calidad de su contenido.

Como acción de mejora, se recomienda mantener los controles y mecanismos de seguimiento implementados para preservar este nivel de cumplimiento, promoviendo la mejora continua y la sostenibilidad de los resultados alcanzados.

CONCLUSIONES TÉCNICAS

7.1 Generalidades

En cumplimiento de las funciones de evaluación independiente asignadas a la Oficina Asesora de Control Interno y con fundamento en el análisis efectuado sobre la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) correspondientes al primer semestre de la vigencia 2026, se presentan las conclusiones técnicas que sintetizan los principales resultados del seguimiento.

Las conclusiones aquí expuestas se fundamentan en la evidencia documental revisada, los registros suministrados por la E.S.E. Hospital San José de La Celia, la normatividad vigente y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Control Interno (MECI) y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).

Estas conclusiones buscan aportar elementos objetivos para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección, orientando el fortalecimiento de la gestión institucional y la mejora continua del servicio al ciudadano.

7.2 Conclusiones Técnicas

Cumplimiento de los términos legales

La evaluación evidenció que la E.S.E. Hospital San José de La Celia dio respuesta al **100 % de las PQRSD dentro de los términos establecidos** por la Ley 1755 de 2015 y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA).

Este resultado refleja la existencia de mecanismos de control que contribuyen al cumplimiento del derecho fundamental de petición y disminuyen el riesgo de incumplimientos normativos.

Predominio de las quejas como mecanismo de participación

Durante el primer semestre de 2026 se registraron ocho (8) PQRSD, correspondiendo el 75 % a quejas.

Este comportamiento evidencia que los usuarios utilizan el mecanismo principalmente para expresar inconformidades, sin que se presentaran sugerencias, reclamos o peticiones que permitieran ampliar la retroalimentación institucional.

Lo anterior representa una oportunidad para fortalecer la cultura de participación ciudadana y promover el uso integral de los diferentes mecanismos de interacción con la entidad.

Procesos con mayor recurrencia de inconformidades

Las quejas se concentraron principalmente en aspectos relacionados con:

- Atención médica.
- Oportunidad en la atención.
- Agendamiento de citas

Estos resultados permiten identificar procesos prioritarios para el desarrollo de acciones de mejora dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

Gestión documental

Aunque la entidad dispone de registros para el control de las PQRSD, se identifican oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la trazabilidad documental, la organización de los expedientes, la digitalización de la información y la automatización del seguimiento de las solicitudes.

La consolidación de un expediente electrónico permitirá reducir riesgos asociados a pérdida documental y facilitará las labores de auditoría y seguimiento.

Canales de atención al ciudadano

La E.S.E. cuenta con mecanismos presenciales y virtuales para la recepción de las PQRSD; sin embargo, se evidenció la necesidad de fortalecer la socialización con la comunidad de la disponibilidad y funcionalidad de los canales virtuales, especialmente el portal web institucional, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y de la Política de Gobierno Digital.

El fortalecimiento de estos canales facilitará el acceso de los ciudadanos a los servicios institucionales y mejorará la transparencia activa.

Uso estratégico de la información

La información generada por las PQRSD constituye una fuente valiosa para la identificación de riesgos, el fortalecimiento del PAMEC, la evaluación de la satisfacción del usuario y la formulación de acciones de mejora.

Se observa la necesidad de fortalecer el análisis estadístico y la integración de esta información con los procesos de planeación, calidad y control interno.

Cultura de mejoramiento continuo

El seguimiento permitió evidenciar disposición institucional para atender las observaciones formuladas por los usuarios.

Alineación con el MIPG

El proceso de gestión de PQRSD mantiene una relación directa con diversas políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, especialmente:

- Servicio al Ciudadano.
- Gestión Documental.
- Planeación Institucional.
- Gobierno Digital.
- Transparencia.
- Control Interno.

Por ello, se recomienda integrar los resultados del presente informe a los instrumentos de planeación institucional y a los espacios de seguimiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Estado general del proceso

Desde la perspectiva de la Oficina Asesora de Control Interno, el proceso de gestión de PQRSD presenta un **nivel de desempeño satisfactorio**, debido al cumplimiento de los términos legales y a la existencia de mecanismos básicos de control.

Sin embargo, para alcanzar un nivel de madurez institucional superior, es necesario fortalecer la gestión documental, la analítica de datos, la interoperabilidad de los sistemas de información, los canales virtuales de atención y la integración del proceso con la gestión del riesgo, el PAMEC y la planeación institucional.

Concepto de la Oficina Asesora de Control Interno

Con fundamento en la evidencia obtenida durante el seguimiento, la Oficina Asesora de Control Interno concluye que el proceso de gestión de PQRSD de la E.S.E. Hospital San José de La Celia cumple con los requisitos esenciales en materia de oportunidad para la atención de las solicitudes ciudadanas, garantizando el ejercicio del derecho fundamental de petición durante el período evaluado.

No obstante, el análisis efectuado permite identificar oportunidades de mejora orientadas a consolidar un modelo de gestión más preventivo, estratégico y basado en evidencia, mediante el fortalecimiento de la gestión documental, el uso de herramientas tecnológicas, la promoción de la participación ciudadana y la incorporación de indicadores para el seguimiento permanente del proceso.

La implementación de las acciones propuestas permitirá incrementar la eficiencia administrativa, mejorar la experiencia del usuario, fortalecer la transparencia institucional y consolidar una cultura de mejoramiento continuo, en armonía con los principios de eficacia, eficiencia, economía, celeridad, publicidad y responsabilidad establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política de Colombia.

Concepto Final del Seguimiento

Como resultado del análisis realizado, la Oficina Asesora de Control Interno emite un concepto favorable, considerando que:

Tabla 06. Seguimiento al cumplimiento

CUMPLIMIENTO	
Aspecto evaluado	Resultado
Cumplimiento de términos legales	Cumple
Gestión documental	Cumple con oportunidades de mejora
Atención al ciudadano	Cumple
Trazabilidad del proceso	Cumple con oportunidades de mejora
Transparencia y canales virtuales	Cumple
Uso estratégico de la información	Cumple con oportunidades de mejora

En consecuencia, se recomienda a la Gerencia y a los líderes de proceso incorporar las acciones derivadas del presente informe en el Plan Institucional de Mejoramiento, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el Mapa de Riesgos Institucional y el Plan de Acción Institucional, estableciendo responsables, cronogramas e indicadores que permitan verificar la efectividad de las medidas adoptadas.

FIRMA DIGITAL

CLAUDIA MILENA RENDON ARCILA
Asesor Externo Control Interno

Asunto: Informe seguimiento PQRS

Motivo: ESE.HSJ-SEMESTRE-I-2026

Fecha firma: 28/07/2026

Correo electrónico: clarendon13@hotmail.com

Nombre de usuario: CLAUDIA MILENA RENDON ARCILA

ID transacción: 79045c0b-1470-43a1-8754-3297d585aabf

