

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

| DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                            |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|---------------------|
| LUGAR DE REALIZACION DE LA AUDITORIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE. |                     |
| AUDITORIA No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 06 – 2026 | FECHA DEL INFORME                          | 18 de junio de 2026 |
| PROCESO/DEPENDENCIA AUDITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           | GESTION Y ORIENTACION AL USUARIO (SIAU)    |                     |
| LIDER DEL PROCESO / RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           | Subgerente de Salud/ Líder SIAU            |                     |
| PERIODO DE REALIZACION DE LA AUDITORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           | Vigencia 2025                              |                     |
| <b>OBJETIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                            |                     |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                            |                     |
| <b>JUSTIFICACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                            |                     |
| La oficina de control interno, en cumplimiento de sus funciones de seguimiento, control y de acuerdo a las auditorias programadas para la vigencia 2026 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 2025 , bajo los principios de eficacia, eficiencia , atención optima y mejoramiento continuo con el objeto de verificar su correcto acatamiento al ordenamiento jurídico.                                                                                                                                                     |           |                                            |                     |
| <b>PRODUCTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                            |                     |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conformación de las asociaciones de usuarios</li> <li>2. Asignación de citas de consulta externa por diferentes medios</li> <li>3. Determinación de una muestra para medición satisfacción del usuario</li> <li>4. Resultados aplicación encuesta de satisfacción de usuarios</li> <li>5. Gestión PQRSD vigencia 2025</li> <li>6. Planes de mejora producto de los informes de satisfacción de usuarios PQRSD</li> <li>7. Planes establecidos en MIPG de las políticas servicio al ciudadano y participación ciudadana</li> <li>8. Procesos y procedimientos con enfoque a riesgos, riesgos materializados y tratamiento.</li> </ol> |           |                                            |                     |
| <b>ALCANCE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                            |                     |
| Aplica al proceso gestión y orientación al usuario y a los procedimientos vigentes publicados en el servidor documental<br><br><b>Procedimientos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento de conformación/renovación de asociaciones de usuarios.</li> <li>• Procedimiento administración de satisfacción de usuarios</li> <li>• Procedimiento administración de peticiones, quejas, reclamos sugerencias, felicitaciones, denuncias – desistimiento</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |           |                                            |                     |
| Vigencia: Año 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                            |                     |
| <b>HECHOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                            |                     |
| <p align="center"><b>1. CONFORMACION DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS</b></p> <p>Como parte de las estrategias de control social y participación ciudadana orientadas a defender los derechos de los pacientes y velar por la calidad en la prestación de los servicios de salud, la Empresa Social del Estado Pasto Salud E.S.E cuenta actualmente con un consolidado de veintidós (22) Asociaciones de Usuarios debidamente conformadas.</p>                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                            |                     |

De conformidad con el marco legal vigente, específicamente el Decreto 1757 de 1994 (el cual organiza las modalidades y formas de participación social en salud), se establece en su artículo 12 que los representantes de estas asociaciones deben ser electos mediante Asamblea General para periodos institucionales de dos (2) años.

En concordancia con lo anterior y atendiendo al lineamiento interno estipulado en el Procedimiento de Conformación y Renovación de Asociaciones de Usuarios (Código: GOU-PD 143), la entidad tiene la obligación de estructurar de manera anual un cronograma para su actualización. Para la vigencia 2025, se programó la renovación de trece (13) asociaciones, cuya ejecución y plazos se detallan en el siguiente cronograma:

| No | ASOCIACION DE USUARIOS        | FECHA DE RENOVACION      |
|----|-------------------------------|--------------------------|
| 1  | Hospital Civil                | 14 de abril de 2025      |
| 2  | Centro de salud La laguna     | 27 de mayo de 2025       |
| 3  | Centro de salud Santa Bárbara | 11 de junio de 2025      |
| 4  | Centro de salud Gualmatan     | 16 de junio de 2025      |
| 5  | Centro de salud Mis Kikes     | 25 de julio de 2025      |
| 6  | Centro de salud 1 de mayo     | 8 de septiembre de 2025  |
| 7  | Centro de salud Pandiaco      | 15 de septiembre de 2025 |
| 8  | Centro de salud Cabrera       | 17 de septiembre de 2025 |
| 9  | Centro de salud San Vicente   | 22 de septiembre de 2025 |
| 10 | Centro de salud Obonuco       | 23 de septiembre de 2025 |
| 11 | Centro de salud Morasurco     | 28 de noviembre de 2025  |
| 12 | Centro de salud Mapachico     | 25 de noviembre de 2025  |
| 13 | Centro de salud Genoy         | 27 de noviembre de 2025  |

Se verifico en el servidor documental de Pasto salud ESE, el cumplimiento de la renovación de las anteriores asociaciones de usuarios.

| ASOCIACION                                                  | FECHA CONVOCATORIA  | FECHA REALIZACION   | OBSERVACION                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asociación de usuarios Hospital Civil</b>                | 14 de abril de 2025 | 14 de abril de 2025 | Acta No 1 del 14/04/2025 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del hospital civil se anexa registro de asistencia con las firmas de los usuarios participantes                  |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud La Laguna</b>     | 27 de mayo de 2025  | 27 de mayo de 2025  | Acta No 1 del 27/05/2025 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del centro de salud La Laguna se anexa registro de asistencia con las firmas de los usuarios participantes       |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud Santa Bárbara</b> | 11 de junio de 2025 | 11 de junio de 2025 | Acta No 1 del 11/06/2025 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del centro de salud Santa Bárbara. se anexa registro de asistencia con las firmas de los usuarios participantes. |

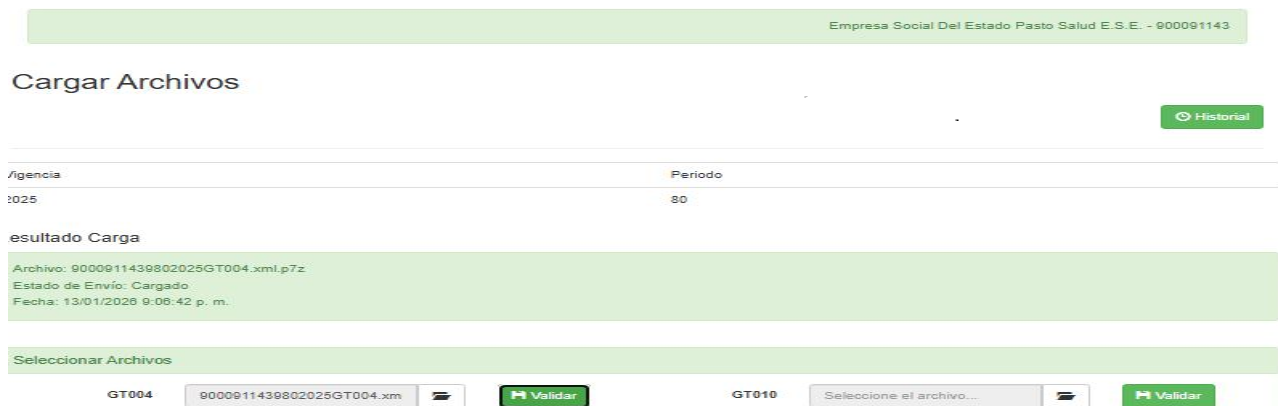
|                                                               |                           |                          |                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asociación de usuarios Gualmatan</b>                       | 16 de junio de 2025       | 16 de junio de 2025      | Acta No1 del 16 de junio de 2025 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios de la asociación de usuarios Gualmatan se anexa Registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.  |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud mis Kikes</b>       | 25 de julio de 2025       | 25 de julio de 2025      | Acta No 1 del 25 de julio de 2025 de compromiso y conformación de la asociación de usuarios del centro de salud mis Kikes, se anexa Registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.         |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud primero de mayo</b> | 8 de septiembre de 2025   | 8 de septiembre de 2025  | Acta No 1 del 8 de septiembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud primero de mayo. Se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes. |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud Pandiaco</b>        | 15 de septiembre de 2025  | 15 de septiembre de 2025 | Acta No 1 del 15 de septiembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud Pandiaco, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.       |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud Cabrera</b>         | 17 de septiembre del 2025 | 17 de septiembre de 2025 | Acta No 1 del 17 de septiembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud Cabrera, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.        |
| <b>Asociación de usuarios del centro de salud San Vicente</b> | 22 de septiembre de 2025  | 2 de septiembre de 2025  | Acta No 1 del 22 de septiembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud san Vicente. Se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.    |
| <b>Asociación de usuarios centro de salud Obonuco</b>         | 23 de septiembre de 2025  | 23 de septiembre de 2025 | Acta No 1 del 23 de septiembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud Obonuco. se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.        |
| <b>Asociación de usuarios del centro de salud Morasurco</b>   | 28 de noviembre de 2025   | 28 de noviembre de 2025  | Acta No 1 del 28 de noviembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de Salud Morasurco, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.       |
| <b>Asociación de usuarios del centro de salud Mapachico</b>   | 25 de noviembre de 2025   | 25 de noviembre de 2025  | Acta No 1 del 25 de noviembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud Mapachico, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes.       |

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

|                                              |                         |                         |                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asociación de usuarios centro de salud Genoy | 27 de noviembre de 2025 | 27 de noviembre de 2025 | Acta No 1 del 27 de noviembre de 2025 de compromiso y renovación de la asociación de usuarios del centro de salud Genoy, se anexa registro de asistencia con firmas de los usuarios participantes |
|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

En Generalidades del procedimiento de conformación y renovación de asociación de usuarios, GOU-PD 143 se indica que es normativa el reporte de manera obligatoria de la conformación y renovación de las asociaciones de usuarios en la plataforma de la Supersalud anexo GT004.

Se verifico la renovación y conformación de las asociaciones de usuarios para la vigencia 2025 a través de la cargue del formato GT004 en la plataforma de la Supersalud, el que se puede apreciar en el siguiente pantallazo.



De igual manera se pudo verificar en el servidor documental de Pasto Salud ESE, el cargue de la renovación de las asociaciones de usuarios mediante el Link:

<https://pastosaludese.gov.co/site/participacion-ciudadana/asociaciones-de-usuario/conformacion-asociaciones-de-usuario/1692-cronograma-de-conformacion-y-renovacion-de-asambleas-de-usuarios-programadas-en-2025>.

El estado de ejecución de las actividades programadas fue validado mediante la verificación del indicador de conformación y/o renovación de las Asociaciones de Usuarios, el cual se encuentra registrado en la plataforma ALMERA.

Cabe precisar que, como consecuencia del incidente de seguridad informática ocurrido en el mes de agosto de 2025 en la base de datos de Pasto Salud ESE, donde la información institucional fue encriptada mediante un ataque del virus Ransomware con la consecuente pérdida de información, no fue posible realizar la verificación de datos ni de los indicadores a través de la plataforma INFOMEDIC. Por consiguiente, estos fueron revisados en la plataforma ALMERA, obteniendo los siguientes resultados:

**CONFORMACIÓN Y/O RENOVACIÓN DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS**

Gestión y Orientación al Usuario



**FICHA TÉCNICA:**

Unidad de medida: Porcentaje

Frecuencia: anual

Variables 2: número de asociaciones de usuarios conformadas o renovadas

No de asociaciones de usuarios por renovar en el laño

Formula:  $\text{No de asociaciones de usuarios conformadas o renovadas} / \text{No de asociaciones de usuarios por renovar en el año} \times 100$

Análisis del indicador según gráfico: Se programó la renovación de 13 asociaciones de usuarios y se cumplió el 100% cumpliendo la meta establecida.

**TALLERES Y CAPACITACIONES DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS.**

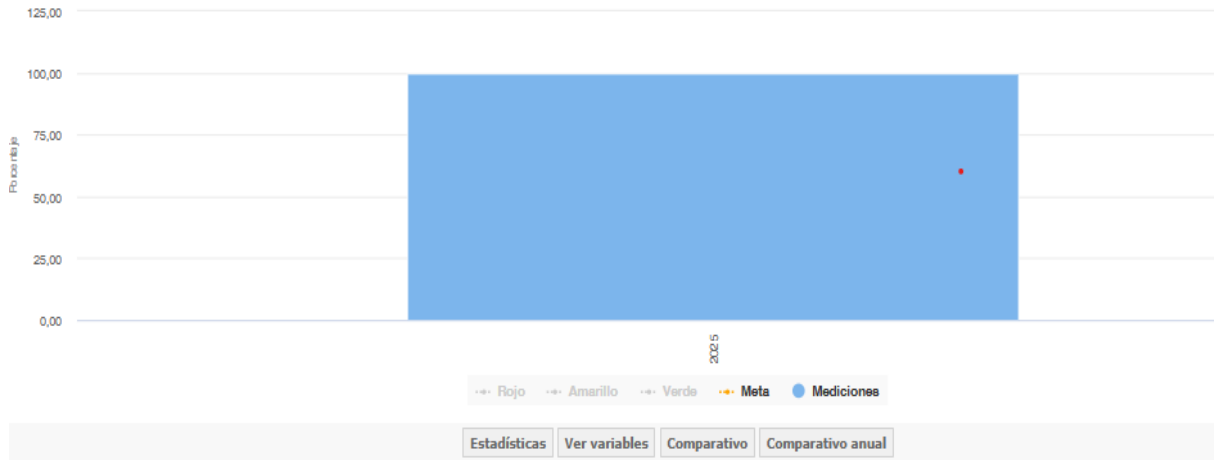
Para fortalecer la participación ciudadana al interior de las asociaciones de usuarios, la ESE Pasto Salud realiza talleres y capacitaciones que permiten promover la participación ciudadana, estas actividades tienen como objetivo brindar a los usuarios herramientas para que puedan ejercer su rol de manera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

Con el fin de evaluar el alcance metodológico, la cobertura y el nivel de cumplimiento del plan de capacitación programado para las Asociaciones de Usuarios, se procedió a verificar la trazabilidad y los registros del siguiente indicador de gestión:

- Indicador [Código/Nombre del indicador]: Talleres de capacitación realizados con Asociaciones de Usuarios (Meta/Resultado: 1.214 talleres).

**TALLERES DE CAPACITACIÓN CON ASOCIACIONES DE USUARIOS**

Gestión y Orientación al Usuario



**FICHA TÉCNICA:**

Unidad de medida: Porcentaje

Frecuencia: anual

Variables 2: número de talleres realizados con asociaciones de usuarios.

No de talleres programados con asociaciones de usuarios x 100

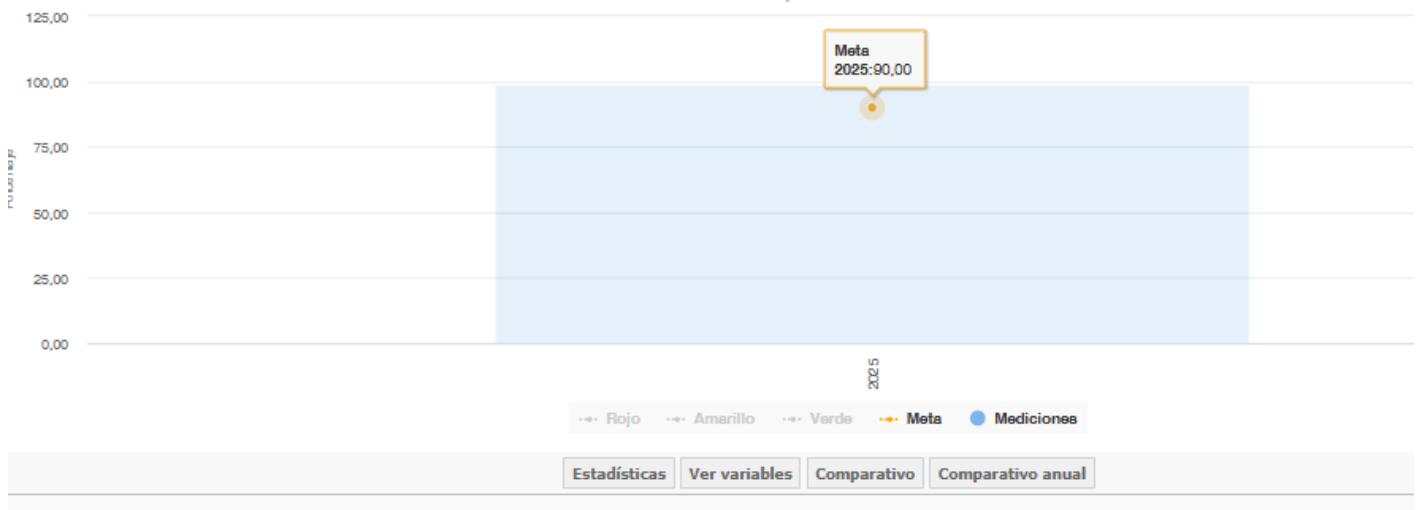
Formula: No de talleres realizados con asociaciones de usuarios / Numero de talleres programados con asociaciones de usuarios x 100

Análisis del indicador según grafico:

Se cumple con el 100% de la totalidad de talleres programados.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS CON LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS**

Gestión y Orientación al Usuario



**Ficha técnica:**

Unidad de medida: Porcentaje

Frecuencia: anual

Variables 2: número de actividades realizadas con las asociaciones de usuarios en cadena.

No de actividades concertadas con las asociaciones cadena

No de talleres programados con asociaciones de usuarios x 100

Formula: No de actividades realizadas con las asociaciones de usuarios / Numero de actividades concertadas con las asociaciones x100.

Análisis del indicador según grafico:

Se cumple con el 98.6% de actividades concertadas Enel año 2025 superando la meta del 90.

## 2. ASIGNACION 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 solicito personalmente a la Doctora María Elena Arturo profesional universitario de 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 2025, los cuales se pueden apreciar en los siguientes cuadros:

### ATENCIÓN DE LLAMADAS POR CALL CENTER PRIMER SEMESTRE AÑO 2025

| ATENCION DE LLAMADAS POR CALL CENTER PRIMER SEMESTRE 2025 |       |         |       |       |       |       |        |
|-----------------------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|
| CONCEPTO                                                  | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO  | JUNIO | TOTAL  |
| Número de Llamadas atendidas                              | 16643 | 28255   | 29230 | 26212 | 30541 | 27730 | 158611 |
| Porcentaje %                                              | 83.4% | 93.9%   | 92.9% | 93.6% | 95.0% | 91.0% | 92.1%  |
| Número de Llamadas sin atender                            | 3309  | 1849    | 2231  | 1794  | 1619  | 2752  | 13554  |
| Porcentaje %                                              | 17%   | 6%      | 7%    | 6%    | 5%    | 9%    | 8%     |
| Número total de llamadas                                  | 19952 | 30104   | 31461 | 28006 | 32160 | 30482 | 172165 |
| Total %                                                   | 100%  | 100%    | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |

El gráfico muestra el volumen de llamadas atendidas por el call center durante el primer semestre de 2025, así como aquellas que no recibieron respuesta. Respecto a estas últimas, el volumen más alto se registró en enero con 3,309 llamadas (17%), seguido por junio con 2,752 (9%) y marzo con 2,231 (7%). En los meses restantes, las cifras fueron menores: febrero registró 1,849 llamadas (6%), abril 1,794 (6%) y mayo finalizó con 1,619 (5%).

En conclusión, el call center mantiene una tasa de efectividad del 92.1% en llamadas respondidas, dejando solo un 7.9% sin atender. Los motivos principales de abandono se deben a llamadas expiradas o desistimientos por parte del usuario.

### ASIGNACION DE CITAS EN CADA RED PRIMER SEMESTRE 2025.

Seguidamente se presentan las citas que fueron asignadas por cada Call Center en cada Red de Pasto salud ESE, durante el primer semestre del 2025:

| Citas asignadas por call center RED SUR primer semestre 2025 |           |     |       |
|--------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| Variable                                                     | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                    | 22523     | 27% | ≤ 35% |

|                                                                    |           |     |       |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| Total, de citas asignadas                                          | 84571     |     |       |
| Citas asignadas por call center RED NORTE primer semestre 2025     |           |     |       |
| Variable                                                           | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                          | 24513     | 30% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                          | 81287     |     |       |
| Citas asignadas por call center RED ORIENTE primer semestre 2025   |           |     |       |
| Variable                                                           | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                          | 91347     | 24% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                          | 349687    |     |       |
| Citas asignadas por call center RED OCCIDENTE primer semestre 2025 |           |     |       |
| Variable                                                           | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                          | 91347     | 25% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                          | 349687    |     |       |
| TOTAL, CONSOLIDADO 1 SEMESTRE CITAS CONSIGNADAS POR EL CALL CENTER |           |     |       |
| Variable                                                           | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                          | 91347     | 26% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                          | 349687    |     |       |

En el primer semestre del 2025 se puede apreciar que la red norte es la que presenta el mayor número de citas asignadas con un porcentaje del 30% , seguida de la red sur con 27% , red occidente con 26% y red oriente con el 25% el porcentaje alcanzado en cada red, es menor o igual a la meta que es del 35% por consiguiente se concluye en el total consolidado de citas asignadas por CALL CENTER para el primer semestre es de 91.347 que representa el 26% , porcentaje que no cumple la meta establecida.

#### ATENCION DE LLAMADAS POR CALL CENTER SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2025

| ATENCION DE LLAMADAS POR CALL CENTER PRIMER SEMESTRE 2025 |       |        |            |         |           |           |        |
|-----------------------------------------------------------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------|
| CONCEPTO                                                  | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL  |
| Número de llamadas atendidas                              | 32635 | 29605  | 27636      | 29324   | 17890     | 18157     | 155247 |
| Porcentaje %                                              | 90.6% | 93.0%  | 91.9%      | 91.3%   | 86.9%     | 87.4%     | 90.6%  |
| Número de llamadas sin atender                            | 3385  | 2229   | 2429       | 2790    | 2696      | 2620      | 16149  |

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

|                          |       |       |       |       |       |       |        |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Porcentaje %             | 9%    | 7%    | 8%    | 9%    | 13%   | 13%   | 9%     |
| Número total de llamadas | 36020 | 31834 | 30065 | 32114 | 20586 | 20755 | 171394 |
| Total %                  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |

El gráfico muestra el comportamiento de las llamadas no atendidas en el call center durante el segundo semestre de 2025. El volumen más alto de abandono se concentró en noviembre con 2,696 llamadas (13%) y diciembre con 2,620 (13%). Le siguen los meses de julio con 3,385 (9%), octubre con 2,790 (9%), septiembre con 2,429 (8%) y, finalmente, agosto con 2,229 (7%).

En conclusión, el call center registró una tasa de respuesta del 90.6%, mientras que el 9.4% restante correspondió a llamadas no atendidas. Al igual que en el periodo anterior, los motivos principales de estas fallas fueron la expiración del tiempo de espera o el abandono directo por parte del usuario.

#### ASIGNACION DE CITAS EN CADA RED SEGUNDO SEMESTRE 2025.

Seguidamente se presentan las citas que fueron asignadas por cada Call Center en cada Red de Pasto salud ESE, durante el segundo semestre del 2025 . los que se pueden apreciar en el siguiente cuadro.

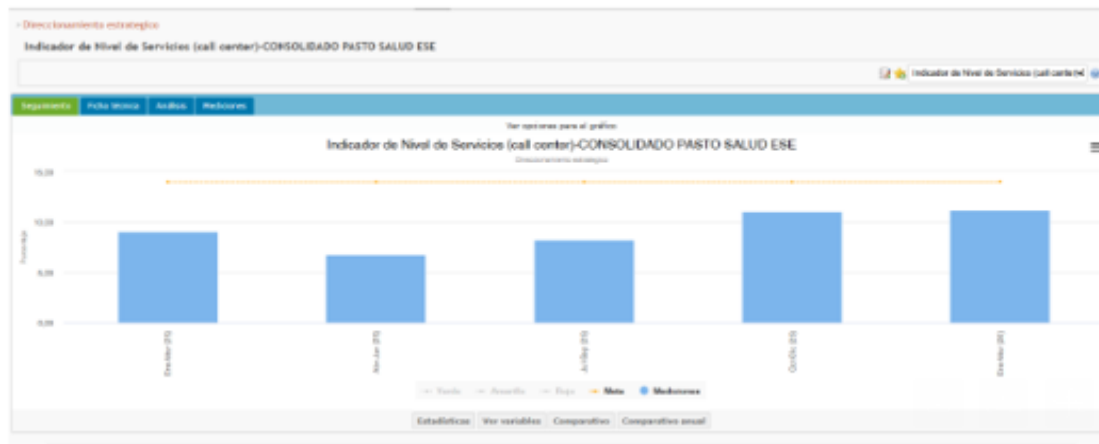
| Citas asignadas por call center RED SUR segundo semestre 2025       |           |     |       |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| Variable                                                            | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                           | 18748     | 20% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                           | 92477     |     |       |
| Citas asignadas por call center RED NORTE segundo semestre 2025     |           |     |       |
| Variable                                                            | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                           | 17321     | 20% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                           | 85118     |     |       |
| Citas asignadas por call center RED ORIENTE segundo semestre 2025   |           |     |       |
| Variable                                                            | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                           | 15155     | 17% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                           | 91454     |     |       |
| Citas asignadas por call center RED OCCIDENTE segundo semestre 2025 |           |     |       |
| Variable                                                            | Resultado |     | Meta  |
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER                           | 15155     | 17% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                                           | 91454     |     |       |
| TOTAL, CONSOLIDADO 2 SEMESTRE CITAS CONSIGNADAS POR EL CALL CENTER  |           |     |       |

| Variable                                  | Resultado |     | Meta  |
|-------------------------------------------|-----------|-----|-------|
| Numero de citas asignadas por CALL CENTER | 66379     | 18% | ≤ 35% |
| Total, de citas asignadas                 | 360503    |     |       |

En el segundo semestre del 2025 se puede apreciar que la red norte es la que presenta el mayor número de citas asignadas con un porcentaje del 20%, seguida de la red sur con 20% red occidente con 17% y red oriente con el 17 % el porcentaje alcanzado en cada red, es menor a la meta que es ≤ 35% por consiguiente se concluye en el total consolidado de citas asignadas por CALL CENTER para el segundo semestre es de 66379 que representa el 18 %, porcentaje que no cumple la meta establecida.

En lo relacionado con la asignación de citas, hay que aclarar, que desde el año pasado (2025) ya no se mide como indicador POA, sin embargo, se continúa presentando en el informe de Call Center de forma semestral, actualmente se identifica como indicador de nivel de servicios (call center consolidado pasto salud ESE) por lo que verificamos en la plataforma Almera el comportamiento que ha tenido este indicador y el de demanda insatisfecha, de la siguiente manera:

#### INDICADOR DE NIVEL DE SERVICIOS DE CALL CENTER



#### FICHA TÉCNICA:

Unidad de medida: Porcentaje

Frecuencia: anual

Variables 2: número de llamadas no atendidas -consolidado pasto salud ESE.

Número total de llamadas entrantes al call center – consolidado pasto salud ese.

Formula: No de llamadas no atenedas consolidado pasto salud ese/ No de llamadas entrantes al call center \*100.

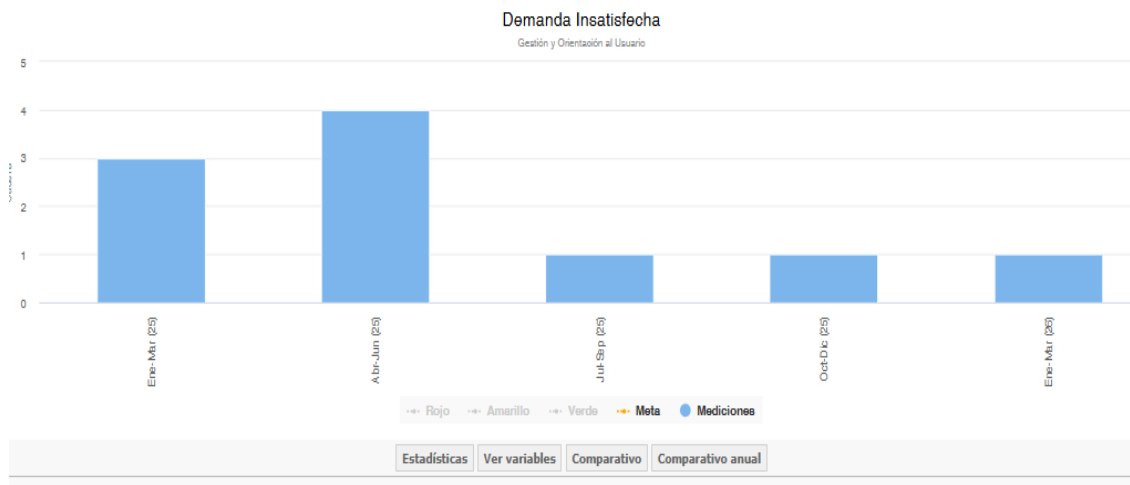
Análisis del indicador según gráfico:

- En el trimestre enero – marzo del 2025. el periodo registra el 9.06 % del nivel del servicio de call center logrando cumplir el parámetro de la meta del 14% se continua con el esfuerzo para disminuir el porcentaje para obtener un mayor acceso, por parte de los usuarios en la solicitud de las citas e información referente a las a la empresa.
- En el trimestre abril – junio del 2025 el periodo registra el 6.8 % del nivel del servicio de call center logrando cumplir el parámetro de la meta del 14% se continua con el esfuerzo para disminuir el porcentaje para obtener un mayor acceso, por parte de los usuarios en la solicitud de las citas e información referente a las a la empresa.
- En el trimestre julio – septiembre del 2025 el periodo registra el 8.21 % del nivel del servicio de call center logrando cumplir el parámetro de la meta del 14% se continua con el esfuerzo para disminuir el porcentaje para obtener un mayor acceso, por parte de los usuarios en la solicitud de las citas e información referente a las a la empresa.

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

- En el trimestre octubre – diciembre del 2025 el periodo registra el 11.3 del nivel del servicio de call center logrando cumplir el parámetro de la meta del 14% se continua con el esfuerzo para disminuir el porcentaje para obtener un mayor acceso, por parte de los usuarios en la solicitud de las citas e información referente a las a la empresa.

## DEMANDA INSATISFECHA.



## FICHA TÉCNICA:

Unidad de medida: cadena

Frecuencia: trimestral

Variables 2: número de usuarios que no se les asigna la cita – unidades.

Número de citas asignadas.

Formula:  $\text{No de usuarios que no se les asigna la cita} / \text{No de citas asignadas} * 100$ .

Análisis del indicador según grafico:

- En el trimestre enero – marzo del 2025 El periodo registra el 1% de cumplimiento, lo que indica que la demanda insatisfecha está por debajo de la meta indicada del 6%. Continua el mismo porcentaje en los dos últimos trimestres. Considerado aspecto positivo en el procedimiento de asignación de citas.
- En el trimestre abril – junio del 2025 El periodo registra el 1% de cumplimiento, lo que indica que la demanda insatisfecha está por debajo de la meta indicada del 6%. Continua el mismo porcentaje en los dos últimos trimestres. Considerado aspecto positivo en el procedimiento de asignación de citas.
- En el trimestre julio – septiembre del 2025 El periodo registra el 4% de cumplimiento, lo que indica que la demanda insatisfecha está por debajo de la meta indicada del 6%. Continua el mismo porcentaje en los dos últimos trimestres. Considerado aspecto positivo en el procedimiento de asignación de citas.
- En el trimestre octubre – diciembre del 2025 El periodo registra el 3% de cumplimiento, lo que indica que la demanda insatisfecha está por debajo de la meta indicada del 6%. Continua el mismo porcentaje en los dos últimos trimestres. Considerado aspecto positivo en el procedimiento de asignación de citas.

## ASIGNACION DE CITAS POR DIFERENTES MEDIOS

La Asignación de citas en Pasto Salud ESE, se realiza a través de los siguientes medios: presencial, cuando el usuario solicita una cita de manera personal, Pagina web, cuando se solicita una cita a través de la página Institucional de Pasto Salud ESE, por medio del call center de pasto salud ESE y finalmente a través del correo electrónico de la institución.

En los siguientes cuadros se registran la asignación de citas por diferentes medios para el primer y segundo semestre del 2025.

| PRIMER SEMESTRE 2025 |       |         |       |       |       |       |        |        |
|----------------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| MEDIO DE SOLICITUD   | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO  | JUNIO | TOTAL  | %      |
| PRESENCIAL           | 45542 | 39531   | 44748 | 40555 | 45180 | 41384 | 256940 | 73.48% |
| TELEFONICO           | 17703 | 12072   | 16320 | 15411 | 16673 | 14069 | 92248  | 26.38% |
| CORREO ELECTRONICO   | 22    | 92      | 140   | 64    | 71    | 8     | 397    | 0.11   |
| PAGINA WEB           | 40    | 37      | 18    | 7     | 0     | 0     | 102    | 0.03   |
| TOTAL, GENERAL       | 63307 | 51732   | 61226 | 56037 | 61924 | 55461 | 349687 | 100%   |

En el primer semestre del 2025 se evidencia que el medio por el cual se solicitan más citas es el presencial (personal) con un porcentaje del 73,48% seguido por el telefónico con un porcentaje del 26.38% seguidamente y en menor medida se encuentran la solicitud de citas por correo electrónico con un 0,11 % y por último se encuentra la página web con tan solo un 0.03%

| SEGUNDO SEMESTRE 2025 |       |        |            |         |           |           |         |        |
|-----------------------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|---------|--------|
| MEDIO DE SOLICITUD    | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL   | %      |
| PRESENCIAL            | 52553 | 43878  | 51901      | 66548   | 59260     | 56026     | 330.166 | 79.31  |
| TELEFONICO            | 18011 | 11691  | 13473      | 15266   | 12868     | 14000     | 85.309  | 20.50  |
| CORREO ELECTRONICO    | 35    | 117    | 115        | 173     | 129       | 54        | 623     | 0.14   |
| PAGINA WEB            | 4     | 20     | 44         | 46      | 40        | 21        | 175     | 0.04   |
| TOTAL, GENERAL        | 0     | 0      | 0          | 0       | 0         | 1         | 1       | 0.0002 |

Para el segundo semestre del 2025 se evidencia que los medios por los cuales se solicitan citas tienen el mismo comportamiento que en el primer semestre, es decir, que el medio presencial es por el que más se solicitan citas con un porcentaje del 79.31% seguido del telefónico con un porcentaje del 20.50, correo electrónico 0,14, página web 0,04% y finalmente se encuentra el medio de wasap con un porcentaje del 0.0002, es de anotar que la solicitud de llamadas por medio de wasap, no se tuvo en cuenta para el primer semestre del 2025 y solo se habilito este medio para el segundo semestre del 2025.

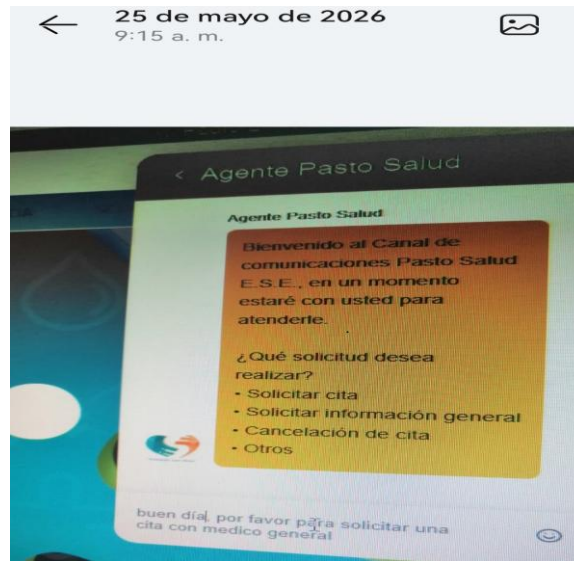
En términos generales se evidencia que la mayoría de citas durante la vigencia 2025, se solicitan de manera presencial con un promedio del 76% seguido por llamada telefónica que representa en promedio el 23% y tan solo el 1% restante solicita las llamadas por correo electrónico, página web y wasap.

Debido a que los porcentajes por correo electrónico, página web y wasap son muy bajos, se debería a través de la página institucional de Pasto Salud ESE, y a través de redes sociales promocionar estos canales con la finalidad que los usuarios tengan otros medios para solicitar las citas, pues no se evidencia en la página institucional información sobre estos canales, solo aparecen los números telefónicos para asignación y cancelación de citas, pero no se informa sobre el número del wasap y menos información sobre el correo electrónico y pagina web.

En lo relacionado a la página web, se verifico por parte del grupo auditor, la posibilidad de obtener una cita por este medio, por consiguiente, nos dimos en la tarea de solicitarla, sin obtener por parte del operador respuesta alguna.

Se envía como evidencia un pantallazo de la solicitud realizada el día 25 de mayo de 2026 a las 9:25 am. Donde no se obtuvo ninguna respuesta.

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



Por consiguiente, se puede concluir que, por medio de la página web en el chat, no es posible solicitar agendamiento o asignación de citas médicas en los horarios establecidos, por lo que se debe implementar acciones para que, por este medio, sean otorgadas y/o concedidas las citas respectivas.

Al realizar el seguimiento a la asignación de citas, la oficina de control interno recibió un oficio donde se solicita corregir y actualizar en la plataforma a SIOS lo concerniente a los campos de etnia, víctima de conflicto, habitante de calle, y migrante, por lo tanto, se realizó el respectivo seguimiento:

#### ASIGNACION DE CITAS.

#### CORRECCION OBLIGATORIA DE INCONSISTENCIAS PLATAFORMA SIOS

Según radicado 202605740033213 del 12 de mayo de 2026, dirigido por el subgerente de Salud e Investigación de Pasto Salud ESE, a los directores operativos de cada red, auxiliares administrativos de SIAU, personal con funciones de SIAU, agentes de Call Center, personal extramural, referentes de programas de personal que tengan usuario de asignación de citas y creación de pacientes, se evidencia tras el informe de caracterización emitido por la oficina de comunicaciones y sistemas, correspondiente al primer trimestre del 2026, que se ha identificado inconsistencias de nivel ALTO Y CRITICO, en la calidad del dato institucional, el error más grave es la marcación automática de 82.977 usuarios como “afrocolombianos”, cifra que no es real ni confiable; Lo anterior demuestra que no se está realizando la actualización de datos al momento del contacto con los usuarios por parte del personal encargado de alimentar la plataforma SIOS.

Por consiguiente, se solicita acceder a la pestaña de “datos complementarios y adicionales” corregir y actualizar obligatoriamente los campos de etnia, víctima del conflicto, habitante de calle, migrante zona urbana y rural y localidad (comuna) finalmente se comunica en el oficio enviado, que los directores Operativos deberán velar por el cumplimiento de esta tarea y de igual manera la coordinadora de atención al usuario realizara un monitoreo constante y estricto de las correcciones para evitar futuras fallas en la calidad de la información. La fecha límite para la corrección de estos registros será hasta el día 22 de mayo del 2026.

Posteriormente y mediante circular 202605740035013, del 20 de mayo del 20206 se citó por parte de SIAU al personal responsable de la facturación para realizar la debida actualización de los campos contenidos en información complementaria y se fijó como fecha límite el 30 de junio del 2026.

En relación a lo anteriormente mencionado, se informa por parte de la Doctora María Elena Arturo profesional Universitaria de atención del usuario, que existe una base de datos de 10.584 usuarios que ya contiene la corrección y actualización de los campos solicitados.

Por consiguiente, se procedió a realizar la verificación respectiva y se solicitó la información a sistemas un usuario y contraseña para ingresar a la plataforma SIOS, seguidamente se tomó una muestra de 15 usuarios que presentan la inconsistencia en la base de datos enviada y se procedió a verificar la debida corrección encontrando la siguiente información que se puede apreciar en el siguiente cuadro:

| NO REGISTRO PACIENTE | NOMBRE DEL PACIENTE | ULTIMA FECHA DE ACTUALIZACIÓN SIOS | OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                            |
|----------------------|---------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1004131410           | Astrid Hidalgo      | 04/06/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1006847889           | Marilyn Pantoja     | 13/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 10080704292          | María Paula Paredes | 15/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 12964330             | José Vicente Ocada  | 21/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1835317              | Ignacio Botina      | 21/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1140214273           | Alisson de la cruz  | 1/06/2026                          | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1085265642           | Yolima Guancha      | 22/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 37087875             | Bertha Espinosa     | 22/05/2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1081067447           | Ángel Buchely       | 2/06//2026                         | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |

|            |                     |            |                                                                                                                                                                                        |
|------------|---------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 30710613   | Aura Muñoz          | 24/05/202  | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 1081279702 | David Delgado       | 21/05/2026 | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 12748482   | Francisco Agudelo   | 23/05/2026 | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 79961450   | José Wilmer Sánchez | 23/05/2026 | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 41181166   | Alba Edilma Gelpud  | 24/05/2026 | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |
| 98389196   | José Iraldo Riascos | 25/05/2026 | Se evidencia que los campos solicitados en información complementaria, etnia, víctima del conflicto, habitante de calle ente otros se encuentran debidamente corregidos y actualizados |

Se concluye de la verificación realizada a la muestra de la base de datos que contiene 10.584 usuarios que la totalidad de la muestra tiene debidamente registrados y corregidos los campos solicitados en la pestaña de Información complementaria.

Sin embargo, se informa que posteriormente la oficina de control interno realizara la correspondiente verificación en la corrección y actualización de los campos solicitados en la totalidad de la base de datos que contiene 82.977 usuarios.

### 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:

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

En donde:

|    |                            |            |
|----|----------------------------|------------|
| n: | Es el tamaño de la muestra | A calcular |
|----|----------------------------|------------|

|    |                                  |                                                                           |
|----|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Z: | Es el nivel de confianza (97.5%) | 2,24<br>Tabla de distribución normal                                      |
| p: | Es la variabilidad positiva      | 0,975                                                                     |
| q: | Es la variabilidad negativa      | 0,025                                                                     |
| N: | Es el tamaño de la población     | Por atenciones de primera vez en servicios, tomado de producción de MIIPS |
| E: | Es la precisión o el error (3%)  | 0,03                                                                      |

Fuente: Protocolo de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad

Aplicada la fórmula se obtienen los siguientes resultados:

| SERVICIO REPORTADO PRODUCCIÓN                                         | INFORMACIÓN ANUAL 2024 (atenciones) | TAMAÑO MUESTRA TRIMESTRAL |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS (Total del periodo) | 75.168                              | 136                       |
| TOTAL, EGRESOS-HOSPITALIZACIÓN (Total del periodo)                    | 5.355                               | 133                       |
| EXÁMENES DE LABORATORIO (Total del periodo)                           | 668.998                             | 136                       |
| NÚMERO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS (Total del periodo)           | 88.387                              | 136                       |
| AMBULATORIA (Primera vez)*                                            | 148.973                             | 136                       |
| <b>TOTAL</b>                                                          | <b>986.881</b>                      | <b>677</b>                |

Fuente: Oficina Asesora de Comunicaciones y Sistemas –MIIPS-Producción 2024

\* Pacientes de primera vez por servicios vigencia 2024

Con el propósito de evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios y sus familias respecto a la calidad de los servicios brindados por Pasto Salud ESE, se tomó como base un total de 986.881 atenciones realizadas durante el año 2024 en las áreas de Urgencias, Hospitalización, Laboratorio, Imagenología y Consulta Ambulatoria.

Mediante la aplicación de la fórmula metodológica institucional, se determinó una muestra global de 2.708 encuestas para ser ejecutadas a lo largo del año 2025, con un total de 677 encuestas por trimestre.

| 2025            | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | TOTAL       |
|-----------------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
| IMAGENOLOGIA    | 136         | 136          | 136           | 136          | 544         |
| LABORATORIO     | 136         | 136          | 136           | 136          | 544         |
| URGENCIAS       | 136         | 136          | 136           | 136          | 544         |
| HOSPITALIZACION | 133         | 133          | 133           | 133          | 532         |
| AMBULATORIOS    | 136         | 136          | 136           | 136          | 544         |
| QUIROFANO       | 0           | 0            | 15            | 15           | 30          |
| <b>TOTAL</b>    | <b>677</b>  | <b>677</b>   | <b>692</b>    | <b>692</b>   | <b>2738</b> |

La distribución del plan de muestreo se estructuró de la siguiente manera:

- I Trimestre: 677 encuestas (Línea base original).
- II Trimestre: 677 encuestas (Línea base original).
- III Trimestre: 692 encuestas (677 originales + 15 adicionales para el servicio de Quirófano).
- IV Trimestre: 692 encuestas (677 originales + 15 adicionales para el servicio de Quirófano).

Total, acumulado proyectado para 2025: 2.738 encuestas.

Esta variación en el número de encuestas por trimestre responde a una directriz de optimización metodológica remitida por la Oficina de Planeación, con el fin de incluir formalmente el servicio de Quirófano a partir del segundo semestre del año.

La variación en el número total de encuestas aplicadas entre trimestres no afecta la confiabilidad ni la realidad de los indicadores de satisfacción.

La modificación metodológica responde a una necesidad de ampliación de cobertura instruida por la Oficina de Planeación. Al añadir 30 encuestas específicas para el área de Quirófano a partir del III trimestre, no se alteró ni se sesgó la muestra aleatoria de los demás servicios, sino que se segmentó un nuevo servicio que requería medición.

**Muestra para aplicación de encuestas por servicio en cada red por trimestre:**

| Red/Servicio    | Sur | Norte | Occidente | Oriente | Total |
|-----------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| Ambulatorio     | 34  | 35    | 37        | 30      | 136   |
| Urgencias       | 46  | 45    | 45        | 0       | 136   |
| Laboratorio     | 41  | 36    | 32        | 27      | 136   |
| Imagenología    | 34  | 34    | 34        | 34      | 136   |
| Hospitalización | 67  | 0     | 0         | 66      | 133   |
| Quirófano       | NA  | NA    | NA        | 20      | 20    |
| Total           | 222 | 150   | 148       | 177     | 697   |

**Aplicación de encuestas por servicio en cada red por año:**

| RED/SERVICIO    | SUR | NORTE | OCCIDENTE | ORIENTE | TOTAL |
|-----------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| AMBULATORIO     | 113 | 146   | 164       | 118     | 541   |
| URGENCIAS       | 199 | 179   | 213       | NA      | 591   |
| LABORATORIO     | 161 | 146   | 147       | 101     | 555   |
| IMAGENOLOGÍA    | 145 | 134   | 159       | 137     | 575   |
| HOSPITALIZACIÓN | 234 | NA    | NA        | 255     | 489   |
| QUIRÓFANO       | NA  | NA    | NA        | 31      | 31    |
| TOTAL           | 788 | 605   | 683       | 642     | 2782  |

Ahora bien, al realizar un análisis comparativo detallado entre el tamaño de la muestra requerido metodológicamente y el volumen de encuestas efectivamente aplicadas por cada servicio, se evidencia un balance de ejecución positivo. Mientras

que la fórmula estadística determinó una meta institucional de 2.738 encuestas como tamaño de muestra óptimo, el equipo de trabajo logró la aplicación real de 2.782 encuestas al cierre del año. Como se evidencia en el siguiente cuadro:

| RED/SERVICIO    | MUESTRA | ENCUESTAS APLICADAS | DIFERENCIA |
|-----------------|---------|---------------------|------------|
| AMBULATORIO     | 544     | 541                 | -3         |
| URGENCIAS       | 544     | 591                 | 47         |
| LABORATORIO     | 544     | 555                 | 11         |
| IMAGENOLOGÍA    | 544     | 575                 | 31         |
| HOSPITALIZACIÓN | 532     | 489                 | -43        |
| QUIRÓFANO       | 30      | 31                  | 1          |
| TOTAL           | 2738    | 2782                | 44         |

Al desagregar el comportamiento del plan de muestreo por cada red o servicio asistencial de Pasto Salud ESE, se evidencia que el superávit global de 44 encuestas no refleja una ejecución uniforme, sino un comportamiento mezclado que divide los servicios en tres categorías de cumplimiento:

### 1. Servicios con Margen de Seguridad o Superávit de la Muestra

Los servicios de URGENCIAS (+47 encuestas), IMAGENOLOGÍA (+31 encuestas) y LABORATORIO (+11 encuestas) El servicio de QUIRÓFANO (+1 encuestas), superaron satisfactoriamente las metas asignadas por la fórmula estadística.

El incremento en estos servicios refuerza localmente sus propios indicadores de satisfacción, reduciendo su margen de error específico y otorgándoles una validez estadística óptima y altamente confiable.

### 2. Servicios con Desviación Menor (Cumplimiento Aceptable)

El servicio AMBULATORIO registró un leve déficit de -3 encuestas frente a las 544 programadas (99.4% de ejecución).

Al tratarse de una variación mínima (menor al 1%), esta diferencia no altera significativamente el nivel de confianza ni el margen de error del servicio, considerándose metodológicamente aceptable y representativo.

### 3. Servicios Críticos en Déficit Muestral

Se identificó una brecha de ejecución desfavorable en un servicio de internación y alta complejidad:

- HOSPITALIZACIÓN (-43 encuestas): Registró un cumplimiento del 91.9% frente a la muestra requerida.

Al no alcanzar la cuota mínima calculada por la fórmula, el dato analizado de forma aislada para el servicio de Hospitalización presenta un aumento en su margen de error individual. Esto significa que la opinión recopilada en esta área cuenta con una menor precisión estadística que el resto de la institución.

Si realizamos el análisis por trimestre:

| 2025          | MUESTRA | ENCUESTAS REALIZADAS | DIFERENCIA |
|---------------|---------|----------------------|------------|
| I TRIMESTRE   | 677     | 658                  | -19        |
| II TRIMESTRE  | 677     | 702                  | 25         |
| III TRIMESTRE | 692     | 729                  | 37         |
| IV TRIMESTRE  | 692     | 693                  | -1         |

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

|       |      |      |    |
|-------|------|------|----|
| TOTAL | 2738 | 2782 | 44 |
|-------|------|------|----|

Una vez analizado el comportamiento del plan de muestreo frente a la ejecución real de las encuestas en Pasto Salud ESE, se puede concluir que:

- Validez Relativa del Indicador General: El indicador de satisfacción institucional es matemáticamente válido y respaldado por un superávit de 44 encuestas al final de la vigencia. Sin embargo, este resultado general debe ser interpretado con reserva, toda vez que la alta eficiencia en la captura de datos de los servicios de Urgencias, Imagenología y Quirófano compensó numéricamente el déficit registrado en el área de Hospitalización.
- Sesgo Estadístico por Sobre-representación: Al registrarse un exceso de datos en el servicio de Urgencias (+47 encuestas), la percepción de los usuarios de esta área ejerce un peso desproporcionado sobre el promedio final de la institución. Este fenómeno genera un sesgo que diluye el impacto real y resta representatividad proporcional a las experiencias y necesidades manifestadas por los pacientes hospitalizados.
- Confiabilidad desigual por Servicios: Se evidencia una diferencia en la calidad del dato entre las áreas asistenciales. Mientras que los indicadores de los servicios Ambulatorio, Urgencias, Laboratorio, Imagenología y Quirófano son plenamente confiables y veraces, los resultados específicos de Hospitalización no alcanzan el umbral de seguridad requerido. Debido al incremento latente en su margen de error por falta de cobertura muestral, el dato de este servicio no puede ser catalogado como índice de satisfacción.

#### 4. RESULTADOS APLICACIÓN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIOS

En el marco de las estrategias institucionales de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), el subproceso de medición de la satisfacción técnica y percibida se constituye como una herramienta fundamental para evaluar la experiencia del usuario y su familia frente a los servicios de salud brindados por la entidad.

La ejecución de este procedimiento se encuentra estructurado a través de las siguientes etapas operativas:

1. **Definición de la Muestra:** Gestión eficiente ante la Oficina de Planeación para la estimación del tamaño de muestra requerido, bajo criterios estadísticos de representatividad y niveles de confianza institucionales.
2. **Asignación y Distribución por Servicios:** Comunicación formal y despliegue de las metas de muestreo a los líderes de cada área asistencial, garantizando la cobertura y proporcionalidad de acuerdo con el volumen de producción.
3. **Trabajo de Campo y Captura de Datos:** Aplicación de los instrumentos de encuesta en los puntos de atención, alineada con el cronograma y los plazos fijados para el periodo objeto de evaluación.
4. **Análisis de la Información:** Consolidación, depuración técnica e interpretación estadística de las variables recolectadas, sintetizadas en un informe técnico detallado.
5. **Rendición de Cuentas y Transparencia:** Socialización de los resultados consolidados ante el Comité de Ética Hospitalaria, promoviendo el control social y la participación de los actores institucionales.
6. **Formulación de Planes de Mejoramiento:** Diseño conjunto e implementación de acciones correctivas y preventivas, orientadas a mitigar los hallazgos identificados en la medición.

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 2025

En el primer trimestre del 2025 el 99.8% de los usuarios encuestados se encuentran en términos generales Muy satisfechos y Satisfechos. En comparación con el primer trimestre 2024 el 98.9% respondieron afirmativamente, hay un incremento del 0.9%. El nivel de satisfacción cumple la meta del 90%.

Es necesario precisar que, mediante la aplicación de la fórmula metodológica institucional, se determinó una muestra global de 2.708 encuestas para ser ejecutadas a lo largo de la vigencia 2025, lo que equivale a una meta fija de 677 encuestas por trimestre. Cabe aclarar que este número de muestra inicial se calculó sin incluir el servicio de Quirófano, cuya apertura formal se proyectó para el segundo semestre del año.

Al evaluar la ejecución operativa frente a la meta asignada para este trimestre, se determinó que el total de encuestas realizadas no logró alcanzar la cantidad de muestra requerida. Al cierre del primer trimestre se aplicaron un total de 658 encuestas frente a las 677 programadas, consolidando un déficit de 19 herramientas de medición (97.2% de cumplimiento). Total de encuestas realizadas en I Trimestre:

| I TRIM          |     |       |           |         |       |
|-----------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| RED/SERVICIO    | SUR | NORTE | OCCIDENTE | ORIENTE | TOTAL |
| Ambulatorio     | 28  | 32    | 35        | 22      | 117   |
| Urgencias       | 44  | 45    | 47        | NA      | 136   |
| Laboratorio     | 43  | 32    | 31        | 25      | 131   |
| Imagenología    | 33  | 34    | 36        | 47      | 150   |
| Hospitalización | 58  | NA    | NA        | 66      | 124   |
| Quirófano       | NA  | NA    | NA        | NA      | 0     |
| Total           | 206 | 143   | 149       | 160     | 658   |

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- En la percepción de los Usuarios han sentido algún tipo de discriminación, se puede afirmar que, para el primer trimestre de 2025 el 5.6% sintió algún tipo de discriminación y en el 2024 el 1.1%, hay un incremento 4.5%.
- Ante la pregunta: Le brindaron información sobre su derecho a recibir consejería psicológica y espiritual; en el primer trimestre 2025: 75.9%, y en el primer trimestre 2024: 80.4%, lo cual indica un decremento del 4.5%.
- Para el primer trimestre 2025, solo el 11% de usuarios responden que, si hubo la alternativa de dieta en el I trimestre del 2024 el 21%, no cumpliendo la meta del 90%, hay un decremento del 10%.

## INFORME DE MEDICIÓN SATISFACCIÓN DE USUARIOS II TRIMESTRE 2025

Durante el segundo trimestre de 2025, el 99.8% de los usuarios evaluados manifestó un nivel de percepción favorable, ubicándose en las categorías de "Muy Satisfecho" y "Satisfecho". En el análisis comparativo respecto al mismo periodo de la vigencia anterior (II Trimestre 2024), donde el indicador se situó en el 98.8%, se registra un incremento del 1.0% (corregido técnicamente frente al 0.2% del borrador). Con este resultado, el microproceso consolida un desempeño sobresaliente que supera ampliamente la meta institucional del 90%.

Al evaluar la ejecución operativa del trabajo de campo frente a la meta asignada para este trimestre, se determinó que el volumen de encuestas realizadas superó el número de muestra requerida por la Oficina de Planeación. Al cierre del segundo trimestre se aplicaron un total de 702 encuestas frente a las 677 programadas, consolidando un superávit de 25 herramientas de medición y alcanzando un índice de cumplimiento del 103.7%.

| II TRIM      |     |       |           |         |       |
|--------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| RED/SERVICIO | SUR | NORTE | OCCIDENTE | ORIENTE | TOTAL |

|                 |     |     |     |     |     |
|-----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Ambulatorio     | 17  | 42  | 51  | 29  | 139 |
| Urgencias       | 64  | 44  | 76  | NA  | 184 |
| Laboratorio     | 36  | 39  | 48  | 21  | 144 |
| Imagenología    | 44  | 32  | 55  | 22  | 153 |
| Hospitalización | 42  | NA  | NA  | 40  | 82  |
| Quirófano       | NA  | NA  | NA  | NA  | 0   |
| Total           | 203 | 157 | 230 | 112 | 702 |

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- Para el segundo trimestre del 2025 el 89% de usuarios responde que Si, le brindaron la opción de elegir el profesional que lo atendió en el servicio Ambulatorio, se compara con el primer segundo 2024 fue del 88%, con un incremento del 1%, no cumpliendo la meta del 90%.
- Le brindaron información sobre su derecho a recibir consejería psicológica y espiritual; en el segundo trimestre 2025: 72%, y en el segundo trimestre 2024: 91%, lo cual indica un decremento del 19%, no cumpliendo la meta del 90%.
- Para el segundo trimestre 2025, solo el 47% de usuarios responden que, si hubo la alternativa de dieta en el segundo trimestre del 2024 el 57%, no cumpliendo la meta del 90%, hay un incremento del 10%.

INFORME DE MEDICIÓN SATISFACCIÓN DE USUARIOS III TRIMESTRE 2025

Durante el tercer trimestre de 2025, el 97% de los usuarios encuestados manifestó una percepción positiva, ubicándose en los rangos de "Muy Satisfecho" y "Satisfecho". Al realizar el análisis comparativo con el mismo periodo de la vigencia anterior (III Trimestre 2024), donde se había alcanzado un óptimo del 100%, se evidencia un decremento del 3.0% en el indicador. A pesar de esta variación a la baja, el nivel de satisfacción actual continúa superando el umbral de cumplimiento de la meta institucional, la cual está fijada en el 90%.

Es necesario precisar que el diseño muestral inicial de 2.708 encuestas anuales (equivalente a 677 por trimestre) se calculó originalmente sobre la capacidad instalada previa de la entidad, sin contemplar el servicio de Quirófano. Con la apertura de este servicio en el segundo semestre del año, la Oficina de Planeación realizó un proceso de revisión y reajuste técnico, elevando la meta de este tercer trimestre de 677 a 692 encuestas para incorporar la nueva variable de medición.

La cuota asignada al servicio de Quirófano se estructuró bajo un criterio de proporcionalidad, proyectando la aplicación de 5 encuestas mensuales con base en el reporte epidemiológico y el número de atenciones realizadas (Se reportaron 16 cirugías en el mes de junio, 61 en julio y 84 en agosto). Esta información de productividad fue el insumo técnico suministrado a la Oficina de Planeación para justificar estadísticamente el tamaño de la muestra asignada al servicio.

Ahora bien, al evaluar la ejecución operativa del trabajo de campo frente a la meta asignada para este trimestre, se determinó que el volumen de encuestas efectivamente realizadas superó el número de muestra requerida por la Oficina de Planeación. Al cierre del tercer trimestre, se logró la aplicación de un total de 729 encuestas frente a las 692 programadas, consolidando un superávit de 37 herramientas de medición y alcanzando un destacado índice de cumplimiento del 105.3%.

| III TRIM        |     |       |           |         |       |
|-----------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| RED/SERVICIO    | SUR | NORTE | OCCIDENTE | ORIENTE | TOTAL |
| Ambulatorio     | 34  | 37    | 41        | 37      | 149   |
| Urgencias       | 45  | 45    | 45        | NA      | 135   |
| Laboratorio     | 41  | 38    | 36        | 28      | 143   |
| Imagenología    | 34  | 34    | 34        | 34      | 136   |
| Hospitalización | 67  | NA    | NA        | 83      | 150   |

|           |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Quirófano | NA  | NA  | NA  | 16  | 16  |
| Total     | 221 | 154 | 156 | 198 | 729 |

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- Le brindaron información sobre su derecho a recibir consejería psicológica y espiritual; en el tercer trimestre 2025: 77%, y en el tercer trimestre 2024: 80%, lo cual indica un decremento del 3%, no cumpliendo la meta del 90%.
- Para el tercer trimestre 2025, solo el 7% de usuarios responden que, si hubo la alternativa de dieta en el tercer trimestre del 2024 el 21%, no cumpliendo la meta del 90%, hay un decremento del 14%.
- El 88% de usuarios responden no estar satisfechos con entrega completa de los medicamentos, no cumpliendo la meta del 90%.

INFORME DE MEDICIÓN SATISFACCIÓN DE USUARIOS IV TRIMESTRE 2025

Durante el cuarto trimestre de 2025, el 97% de los usuarios encuestados manifestó una percepción favorable sobre la calidad del servicio, ubicándose en los rangos de "Muy Satisfecho" y "Satisfecho". Al realizar el análisis comparativo con el mismo periodo de la vigencia anterior (IV Trimestre 2024), donde el indicador se situó en el 99.4%, se evidencia un decremento del 2.4%. A pesar de esta ligera variación, el nivel de satisfacción alcanzado cumple con la meta institucional establecida del 90%.

Al evaluar la ejecución operativa del trabajo de campo frente a la meta asignada para este trimestre, se determinó que el volumen de encuestas efectivamente realizadas superó el número de muestra requerida por la Oficina de Planeación. Al cierre del cuarto trimestre, se logró la aplicación de un total de 693 encuestas frente a las 692 programadas, consolidando una herramienta de medición adicional y alcanzando un óptimo índice de cumplimiento del 100.1%.

| IV TRIM         |     |       |           |         |       |
|-----------------|-----|-------|-----------|---------|-------|
| RED/SERVICIO    | SUR | NORTE | OCCIDENTE | ORIENTE | TOTAL |
| Ambulatorio     | 34  | 35    | 37        | 30      | 136   |
| Urgencias       | 46  | 45    | 45        | NA      | 136   |
| Laboratorio     | 41  | 37    | 32        | 27      | 137   |
| Imagenología    | 34  | 34    | 34        | 34      | 136   |
| Hospitalización | 67  | NA    | NA        | 66      | 133   |
| Quirófano       | NA  | NA    | NA        | 15      | 15    |
| Total           | 222 | 151   | 148       | 172     | 693   |

Los indicadores que no cumplen con la meta son:

- Le brindaron información sobre su derecho a recibir consejería psicológica y espiritual; en el cuarto trimestre 2025: 82%, y en el cuarto trimestre 2024: 86%, lo cual indica un decremento del 4%, no cumpliendo la meta del 90%.
- Para el cuarto trimestre 2025, solo el 46% de usuarios responden que, si hubo la alternativa de dieta en el cuarto trimestre del 2024 el 68%, no cumpliendo la meta del 90%, hay un decremento del 22%.

En Conclusión, durante el año 2025, 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 97% y el 100%. Esto evidencia una percepción favorable del servicio en términos generales.

ANÁLISIS CONSOLIDADO DE INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES (2025)

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

Al evaluar el comportamiento de los indicadores de satisfacción del usuario durante las cuatro vigencias trimestrales del año 2025, se evidencia que, a pesar de que la satisfacción global cumple con la meta del 90%, existen indicadores en estado crítico que requieren atención ya que muestran un incumplimiento de la meta establecida:

- **Alternativa de Dieta Hospitalaria:** Este indicador refleja una falla estructural crítica y persistente a lo largo de toda la vigencia. El servicio no se acercó en ningún trimestre a la meta del 90%, registrando niveles de respuesta afirmativa alarmantemente bajos: 11% en el I Trimestre, 47% en el II Trimestre, solo un 7% en el III Trimestre (caída del 14% respecto a 2024) y un 46% en el IV Trimestre.
- **Información sobre Consejería Psicológica y Espiritual:** Este indicador presentó un incumplimiento crítico y continuo durante todo el año 2025, manteniéndose siempre por debajo de la meta del 90%. Registró su peor comportamiento en el II Trimestre con solo un 72% de cobertura informativa (frente al 91% del año anterior, marcando una caída drástica del 19%), y cerró el año en el IV Trimestre sin lograr recuperarse (82%).
- **Percepción de Discriminación (I Trimestre):** Se encendió una alerta crítica al inicio del año, donde el 5.6% de los usuarios manifestó haber sentido algún tipo de discriminación, representando un incremento del 4.5% en comparación con la línea base del 2024 (1.1%).
- **Elección de Profesional (II Trimestre):** En el servicio Ambulatorio, la posibilidad de elegir el profesional médico se situó en un 89%, rozando la meta, pero manteniéndose en terreno de incumplimiento.
- **Entrega Completa de Medicamentos (III Trimestre):** Se identificó un resultado grave en el tercer trimestre, donde el 88% de los usuarios encuestados manifestó NO estar satisfecho con la entrega completa de sus medicamentos, incumpliendo la meta de satisfacción del 90%.

Además de ello, en el Informe de Medición de Satisfacción de Usuarios del III y IV Trimestre de 2025, emitido por la oficina de Orientación y Atención al Usuario, se describe textualmente: “Asimismo, se ha identificado que algunas encuestas presentan respuestas en blanco, por lo que se realizan de manera continua acciones de retroalimentación y reinducción sobre el manejo del aplicativo y el correcto diligenciamiento de los instrumentos de medición”.

Según lo anterior, se deduce que el proceso de captura de información carece de controles automáticos de validación en el aplicativo de encuestas, permitiendo que se almacenen registros incompletos. Esta situación no solo afecta la integridad de la base de datos, sino que genera el riesgo de que los indicadores de satisfacción se estén calculando sobre muestras inválidas o sesgadas lo que puede restar confiabilidad a los informes emitidos por SIAU.

Por lo tanto, se recomienda parametrizar el aplicativo tecnológico para que todos los campos de la encuesta sean de obligatorio diligenciamiento antes de permitir el guardado del registro. De igual forma, se debe establecer un filtro previo de depuración de datos (limpieza de muestra) antes de procesar los indicadores, asegurando que ninguna encuesta con respuestas en blanco sea contabilizada dentro del total de encuestas válidas aplicadas.

## 5. GESTION DE PQRS - VIGENCIA 2025

Pasto Salud E.S.E. cuenta con un sistema para recepcionar, gestionar y responder a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (PQRSFD) de los usuarios. Este proceso se realiza a través de dos canales: virtual (por correo electrónico mediante la página web institucional) y, principalmente, presencial (a través de los buzones de sugerencias ubicados en la sede administrativa y en los 22 centros de salud de la ciudad). El objetivo es entregar respuestas claras y oportunas para promover la mejora continua de los procesos y del servicio.

Como parte del ejercicio de control, se verificó la trazabilidad del procedimiento “Administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias” (GOU-PD-29). Para ello, se solicitó a SIAU dos informes aleatorios de la vigencia 2025: uno de la Red Oriente (septiembre) y otro de la Red Occidente (julio).

En dicha revisión, se evidenció que el formato “Consolidado y seguimiento a PQRSFD” (Código: GOU-SPQ-NUM-439) se encuentra debidamente diligenciado para ambas redes, registrando la totalidad de las solicitudes de los usuarios. Asimismo, se constató el correcto diligenciamiento del formato GOU-PQR-371 y el soporte de las respuestas entregadas a cada ciudadano.

Finalmente, para evaluar la oportunidad en la atención durante el 2025, se revisó en la plataforma Almera el comportamiento del indicador “Promedio de días hábiles para dar respuesta a PQRSFD”, el cual se detalla en el siguiente gráfico:



#### FICHA TÉCNICA:

Unidad de medida: Unidades

Frecuencia: trimestral

Variables 2: sumatoria de la diferencia de días hábiles transcurridos desde la apertura del buzón o recepción de las PQRS y la fecha de recibido de la respuesta al usuario.

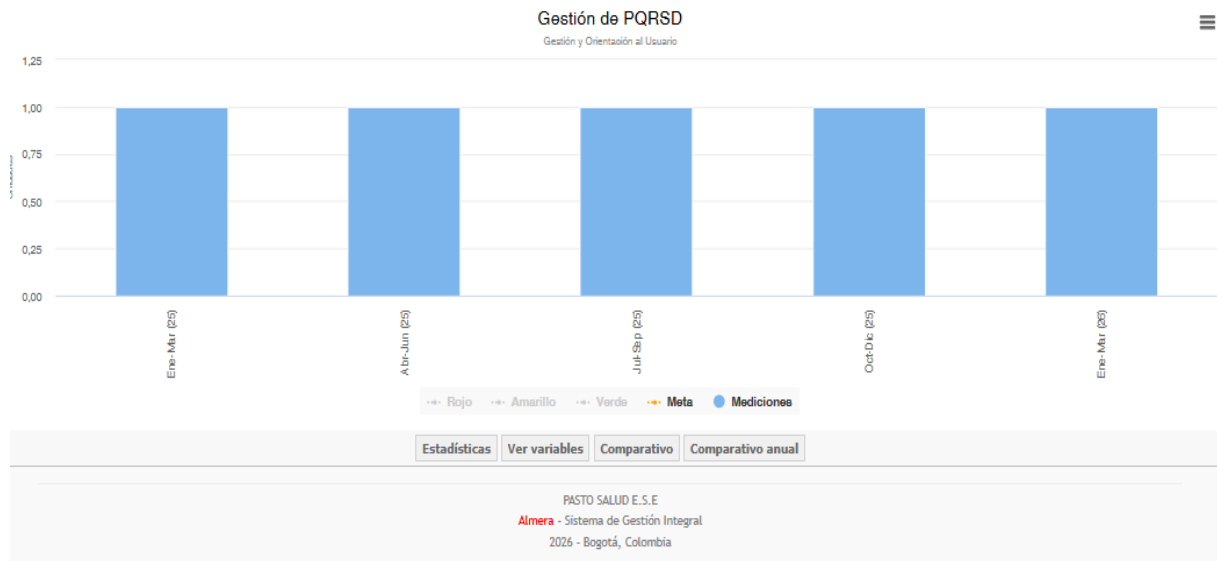
Formula: sumatoria de la diferencia de días hábiles transcurridos desde la apertura del buzón o recepción de la PQRS y la fecha de recibido de la respuesta al usuario /total de PQRS presentadas en el periodo.

#### Análisis del indicador según gráfico:

- En el trimestre enero – marzo del 2025 se registra un promedio de días de respuesta a PQRS del 6.5 menor a la meta establecida que es de 15 días.
- En el trimestre abril – junio del 2025 se registra un promedio de días de respuesta a PQRS del 6.67 menor a la meta establecida que es de 15 días.
- En el trimestre julio – septiembre del 2025 se registra un promedio de días de respuesta a PQRS del 7.12 menor a la meta establecida que es de 15 días.
- En el trimestre octubre – diciembre del 2025 se registra un promedio de días de respuesta a PQRS del 6.51 menor a la meta establecida que es de 15 días.

Por consiguiente, el promedio de respuesta a las PQRS dadas en la vigencia 2025 es del 6.7 lo que significa que se está entregando la respuesta a los usuarios que formularon las respectivas PQRS dentro de los términos establecidos por la normatividad que se encuentra determinada en el procedimiento de PQRS.

En lo relacionado a la gestión de PQRS, que es el proceso que se utiliza para recibir tramitar y resolver las diferentes inquietudes que solicitan los usuarios, los podemos apreciar a través del indicador Gestión de PQRS, que lo podemos apreciar en el siguiente grafico que se encuentra cargado en la plataforma ALMERA.



#### FICHA TÉCNICA:

Unidad de medida: Unidades

Frecuencia: trimestral.

Variables 2: Numero de PQRS gestionadas unidades, Numero de PQRS presentadas Unidades

Formula: Numero de PQRS gestionadas / Numero de PQRS presentadas.

#### Análisis del indicador según gráfico:

- En el trimestre enero-marzo se cumple el 100% de respuesta a las PQRS recibidas.
- En el trimestre abril- junio se cumple el 100% de respuesta a las PQRS recibidas.
- En el trimestre julio – septiembre se cumple el 100% de respuesta a las PQRS recibidas.
- En el trimestre octubre – diciembre se cumple el 100% de respuesta a las PQRS recibidas.

Por consiguiente, se evidencia el cumplimiento del 100% para el indicador Gestión de PQRS.

### 6. PLANES DE MEJORA PRODUCTO DE LOS INFORMES DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS PQRS

El procedimiento para la Administración de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias (PQRSF) establece que no se implementarán acciones de mejora siempre que el indicador de criticidad (determinado por la fórmula No de PQRS/No de las atenciones POR 100) sea  $\leq 4\%$ . En caso de superar este umbral, el informe trimestral deberá incorporar un análisis causal y la formulación de un plan de mejoramiento, cuya responsabilidad técnica y de ejecución recaerá sobre los directores de área y, para este caso específico, la profesional de SIAU.

Al corte de la vigencia 2026, se constató la suscripción de dos (2) planes de mejora institucionales:

1. Plan de Mejora "Dietas" (Suscrito el 17/03/2026): Formulado ante el incumplimiento en el procedimiento relacionado con la oferta de alternativas de proteína en las dietas de pacientes hospitalizados en Pasto Salud E.S.E. Cuenta con una (1) acción de mejora y cuatro (4) medios de verificación establecidos.
2. Plan de Mejora "Plan de Apoyo Espiritual" (Suscrito el 30/01/2026): Formulado debido al incumplimiento en el resultado del ítem de consejería psicológica y apoyo espiritual. Cuenta con una (1) acción de mejora.

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

A la fecha de este informe, ambos planes se encuentran vigentes y dentro de los términos legales y cronogramas establecidos para el cumplimiento y ejecución de sus acciones.

Se concluye que el Sistema de Información y Atención al Ciudadano (SIAU) aplica de manera oportuna el análisis de criticidad exigido por el procedimiento de administración de PQRSFD. La activación y suscripción de los planes de mejora "Dietas" y "Plan de Apoyo Espiritual" demuestran la capacidad de la entidad para identificar desviaciones en el servicio que superan el umbral permitido del  $\leq 4\%$ . Dado que los planes se encuentran dentro del cronograma de ejecución, se evaluará y validará la efectividad de las acciones y sus medios de verificación en los seguimientos periódicos siguientes, garantizando así la mejora continua en la atención de los pacientes hospitalizados.

## 7. PLANES ESTABLECIDOS EN MIPG DE LAS POLITICAS SERVICIO AL CIUDADANO Y PARTICIPACION CIUDANA

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema de Información y Atención al Ciudadano (SIAU) suscribió, el 2 de abril de 2025, dos planes de mejoramiento enfocados en las políticas de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana. Cabe destacar que estos planes se estructuraron como respuesta directa a las recomendaciones derivadas del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG), herramienta del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) orientada a evaluar el desempeño institucional y promover el fortalecimiento continuo de la gestión pública.

Durante su ejecución, la Oficina de Control Interno realizó los tres (3) seguimientos programados (el 4 de junio de 2025, el 26 de noviembre de 2025 y el 9 de febrero de 2026), arrojando los siguientes resultados de cumplimiento:

- POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** Se evidenció el cumplimiento del 100% de las catorce (14) acciones propuestas en el plan. De acuerdo con la escala de interpretación del semáforo establecida en la Resolución Interna No. 163 de mayo de 2018 (Evaluación de Planes de Mejoramiento - Auditorías Internas de la Oficina de Control Interno), esta calificación se ubica en el rango del 81% - 100% (Color Verde), representando un nivel de cumplimiento satisfactorio. Por consiguiente, el plan de mejoramiento para esta política queda oficialmente cerrado.
- POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO:** De las dieciséis (16) acciones proyectadas, nueve (9) se cumplieron al 100%, tres (3) registraron cumplimiento parcial y las cuatro (4) restantes quedaron incumplidas. Esto generó un porcentaje consolidado de avance del 66%. Según la citada Resolución Interna No. 163 de 2018, este resultado se sitúa en el rango del 51% - 80% (Color Amarillo), lo que equivale a un estado de incumplimiento.

Con base en lo anterior, se concluye que la política de Servicio al Ciudadano debe formular y suscribir un nuevo plan de mejoramiento, toda vez que su calificación final no superó el umbral mínimo del 81% requerido para su cierre.

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

De acuerdo al informe Final de la Auditoria de Riesgos para segundo semestre de 2025, el proceso de Gestión de Orientación y Atención al Usuario no tuvo materialización de riesgos; sin embargo, si se evidencia la materialización de 4 controles desviados:

| <b>CONTROL DESVIADO</b> |                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RIESGO ASOCIADO</b>  | R2. Inadecuada información al usuario                                                                                  |
| <b>CONTROL DESVIADO</b> | Capacitación y evaluación anual del protocolo de comunicación asertiva entre el equipo de salud, paciente y cuidadores |
| <b>ESTADO</b>           | <b>PARCIALMENTE CUMPLIDO.</b>                                                                                          |

**HALLAZGO**

NO se evidencia la ejecución de la evaluación anual del protocolo de comunicación asertiva entre el equipo de salud, el paciente y sus cuidadores, ni soportes que permitan verificar su cobertura.

**CONTROL DESVIADO**

**RIESGO ASOCIADO**

R3. Inoportunidad o no gestión de las PQRS por parte de los responsables

**CONTROL DESVIADO**

Inducción y reinducción específica anual al personal que tiene contacto con usuarios del procedimiento de administración de PQRSFD

**ESTADO**

**PARCIALMENTE CUMPLIDO**

**HALLAZGO**

NO se evidencia ejecución de la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo.

**CONTROL DESVIADO**

**RIESGO ASOCIADO**

R4. Fallas en la medición de satisfacción

**CONTROL DESVIADO**

Inducción específica al personal SIAU en el manejo del aplicativo para la aplicación de la encuesta y su correcto diligenciamiento

**ESTADO**

**PARCIALMENTE CUMPLIDO**

**HALLAZGO**

NO se evidencia la ejecución de la evaluación de desempeño en inducción específica, ni la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo, ni soportes que permitan verificar su cobertura.

**CONTROL DESVIADO**

**RIESGO ASOCIADO**

R6. Inasistencia del paciente a cita programada

**CONTROL DESVIADO**

Inducción y reinducción anual del personal de asignación de citas en el procedimiento de asignación de citas y manual de atención y orientación al usuario.

**ESTADO**

**PARCIALMENTE CUMPLIDO**

**HALLAZGO**

NO se evidencia la ejecución de la evaluación de conformidad de la inducción al puesto de trabajo.

Para lo anterior se suscribió un Plan de mejora con fecha de 25 de mayo de 2026, en donde se generaron en total 16 acciones correctivas derivadas de los 4 hallazgos (controles desviados) antes mencionados. El seguimiento a este plan se encuentra programado para la segunda semana del mes de agosto de 2026.

**CONCLUSIONES**

- Se evidencia que se está llevando de manera satisfactoria la renovación de las asociaciones de usuarios, lo anterior se pudo verificar en el servidor documental, donde se encuentran subidas las respectivas actas de los 13 centros de salud, que tenían que realizar su renovación durante la vigencia 2025, cumpliendo de esta manera el cronograma establecido. De igual manera se verifico que se está cumpliendo con los talleres y las actividades a desarrollar dentro de las asociaciones de usuarios que se programaron durante la vigencia 2205 obteniendo para los talleres un porcentaje del 100% y para las actividades un porcentaje del 98.6%
- En relación a la asignación de citas, aunque se evidencia un buen comportamiento en su asignación, es de anotar que todavía persisten retos, debido a que se evidencia que el indicador nivel de servicios por call center continua con el

esfuerzo para disminuir el porcentaje para obtener un mayor acceso, por parte de los usuarios en la solicitud de las citas e información referente a la empresa.

- En cuanto a los medios por los cuales se asignan las citas, se encontró que es por el medio personal y el telefónico, es por el cual se solicitan la gran mayoría las citas médicas en Pasto Salud ESE, con porcentajes del 76% y 23% respectivamente, seguido en menor cuantía con un porcentaje que alcanza apenas el 1% por medio de correo electrónico página web y wasap, por consiguiente, se deben implementar acciones que permitan desde la página institucional de pasto salud ese tener acceso a las citas por estos medios.
- En lo referente a Gestión de PQRSD, se verifico el procedimiento GOU -PD -29 y se establecido que durante la vigencia 2205 se dio respuesta a la totalidad de PQRSD que se radicaron en Pasto Salud ESE, y finalmente se verifico que las respuestas a las diferentes PQRSD se entregaron dentro de los tiempos establecidos por la normatividad, lo anterior se comprobó al verificar el comportamiento que tuvieron durante la vigencia 2025 los indicadores de oportunidad de respuesta de las PQRSD y gestión de PQRSD los que arrojaron porcentajes favorables.
- En el Informe de Medición de Satisfacción de Usuarios del III y IV Trimestre de 2025, emitido por la oficina del SIAU, se describe textualmente: "Asimismo, se ha identificado que algunas encuestas presentan respuestas en blanco, por lo que se realizan de manera continua acciones de retroalimentación y reinducción sobre el manejo del aplicativo y el correcto diligenciamiento de los instrumentos de medición". Según lo anterior, se deduce que el proceso de captura de información carece de controles automáticos de validación en el aplicativo de encuestas, permitiendo el almacenamiento de registros incompletos. Esta situación no solo afecta la integridad de la base de datos, sino que genera el riesgo de que los indicadores de satisfacción se estén calculando sobre muestras inválidas o sesgadas lo que puede restar confiabilidad a los informes emitidos por el SIAU.
- En atención al radicado No. 202605740033213 del 12 de mayo de 2026, mediante el cual el Subgerente de Salud e Investigación solicitó la corrección y actualización del campo «etnia» en la pestaña de Información Complementaria, debido a un registro erróneo bajo la categoría de "afrocolombianos", se procedió a revisar la base de datos correspondiente. Tras verificar la totalidad de los 10,584 usuarios que conforman la población/muestra, se constató que los campos solicitados fueron debidamente corregidos y actualizados en su 100%.
- En lo relacionado a los planes establecidos en MIPG, para la oficina de atención al ciudadano se suscribieron dos planes participación ciudadana que obtuvo un porcentaje del 100 % lo que significa que se cumplió satisfactoriamente con todas las acciones establecidas en el plan y servicio al ciudadano que obtuvo un porcentaje del 66% lo que significa que se incumplió con el plan y por consiguiente se debe implementar acciones de mejora en un plan de mejoramiento.
- De acuerdo al informe Final de la Auditoria de Riesgos para segundo semestre de 2025, el proceso de Gestión de Orientación y Atención al Usuario no tuvo materialización de riesgos; sin embargo, si se evidencia la materialización de 4 controles desviados para los cuales se suscribió un Plan de mejora con fecha de 25 de mayo de 2026, en donde se generaron en total 16 acciones correctivas. El seguimiento a este plan se encuentra programado para la segunda semana del mes de agosto de 2026.

## 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**
  - Deficiencia en la asignación de citas a través de la plataforma web: Durante la verificación, se constató el incumplimiento del procedimiento GOU-PD-NUM-27, debido a fallas en la asignación y gestión de citas por medio de la página web de la entidad. Esta debilidad administrativa limita el acceso a los canales virtuales, forzando a los usuarios a recurrir a la atención presencial o telefónica, lo cual incrementa el riesgo de saturación de estas líneas y vulnera la oportunidad del servicio, pudiendo derivar en retrasos críticos para los tratamientos médicos de la población objeto.
- ASIGNACION DE CITAS- CORRECCION OBLIGATORIA DE INCONSISTENCIAS PLATAFORMA SIOS**

2. Deficiencia en la depuración de registros étnicos en la plataforma SIOS: Durante el proceso de verificación, se constató el incumplimiento de la corrección obligatoria de inconsistencias en el sistema SIOS, específicamente en la variable de autoidentificación étnica. Actualmente, la plataforma registra de manera errónea a 82,977 usuarios bajo la categoría de "Afrocolombianos", volumen que altera las estadísticas reales de la entidad y aunque ya se han corregido 10,584 siguen quedando 72,393 usuarios sin corrección. Esta falta de oportunidad en la actualización de los datos compromete la confiabilidad de los sistemas de información, generando el riesgo de fundamentar decisiones estratégicas y operativas sobre métricas inexactas.

- **DETERMINACIÓN DE UNA MUESTRA PARA MEDICIÓN SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

3. Desbalance Muestral y Afectación a la Confiabilidad de los Indicadores de Satisfacción por Servicios: Se constató que la aplicación de encuestas durante la vigencia presentó un desbalance en su ejecución por servicios asistenciales. Si bien el consolidado institucional refleja un superávit global (2.782 encuestas aplicadas frente a 2.738 proyectadas), al desagregar los datos se evidenció el incumplimiento de las cuotas mínimas obligatorias en un servicio de alta complejidad: Hospitalización registró un déficit de -43 encuestas (91.9% de cumplimiento). Por el contrario, los servicios de Urgencias (+47) e Imagenología (+31) fueron sobre-encuestados.

- **RESULTADOS APLICACIÓN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN USUARIOS**

4. Deficiencias en los Controles de Calidad e Integridad de los Datos en el Aplicativo de Encuestas del SIAU: Se evidenció en el informe técnico del III trimestre de 2025 la incorporación y contabilización de encuestas que presentan respuestas en blanco (datos incompletos), situación ocasionada por la ausencia de restricciones técnicas o campos de obligatoriedad en el aplicativo informático administrado por el SIAU; esta deficiencia tecnológica no solo genera un proceso ineficiente que demanda constantes reinducciones al personal, sino que vulnera el principio de integridad del dato, introduciendo el riesgo de sesgo o invalidez estadística en el cálculo del indicador global de satisfacción al procesar instrumentos metodológicamente defectuosos que restan rigor y confiabilidad a las decisiones institucionales basadas en dicha medición.
5. Ineficacia en el Cierre de Ciclos de Mejoramiento Continuo ante Indicadores de Satisfacción: Se constató un incumplimiento reiterado durante los cuatro trimestres de 2025 en los indicadores específicos de "Información sobre derecho a consejería psicológica y espiritual" (con un porcentaje del 72% en el II Trimestre) y "Alternativas de dieta hospitalaria" (con un porcentaje mínimo del 7% en el III Trimestre y promedios anuales inferiores al 30%)
6. Alertas Críticas en la Percepción de los Derechos del Usuario, Humanización y Suministro de Medicamentos: Se identificaron desviaciones que impactan directamente la política de humanización y oportunidad, destacando que en el I Trimestre de 2025 el 5.6% de los usuarios encuestados manifestó haber percibido algún tipo de discriminación (un incremento del 4.5% respecto al año anterior) y que, en el III Trimestre, el 88% de la muestra reportó insatisfacción debido a la entrega incompleta de sus medicamentos.

- **PLANES RSTABLECIDOS EN MIPG PARTICIPACION CIUDADANA Y SERVICIO AL CIUDADANO**

7. No se está dando cumplimiento al plan establecido en MIPG servicio al ciudadano, el que alcanzo un porcentaje del 66% lo que significa que existió una mala planificación en las acciones propuestas que limitan su desarrollo.

**RECOMENDACIONES**

En cuando a la asignación de citas, se recomienda implementar acciones que permitan a los usuarios solicitar citas por otros medios diferentes a las solicitada personalmente y a través de llamadas telefónicas, decir por medios de wasap, correo electrónico y pagina web, debido a que se evidencia que por estos medios la solicitud a las citas en mínima.

En cuanto a la realización de encuestas de satisfacción, se recomienda parametrizar el aplicativo tecnológico de Aplicación de encuestas para que todos los campos de la encuesta sean de obligatorio diligenciamiento antes de permitir el guardado del registro. De igual forma, se debe establecer un filtro previo de depuración de datos (limpieza de muestra) antes de

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

procesar los indicadores, asegurando que ninguna encuesta con respuestas en blanco sea contabilizada dentro del total de encuestas válidas aplicadas.

#### FORTALEZAS

|                      |                                                           |              |                            |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|
| <b>ELABORO:</b>      | <b>IVAN WILFREDO BURBANO PATIÑO<br/>ANDREA MORAN MAYA</b> | <b>FECHA</b> | <b>17 DE JUNIO 2026</b>    |
| <b>REVISADO PÓR:</b> | <b>JAIME ALBERTO SANTACRUZ<br/>SANTACRUZ</b>              | <b>FECHA</b> | <b>18 DE JUNIO DE 2026</b> |