



**E.S.E
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA**
— Salud Integral, Impacto Real —



INFORME AUDITORÍA INTERNA

PROCESO AUDITADO SIAU



Vigencia 2026

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
LA PLATA HUILA

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 1 de 44	

FECHA	22 de julio de 2026
ACTIVIDAD	INFORME AUDITORÍA AL ÁREA DE SIAU
PROCESOS VINCULADOS	CONTROL INTERNO Y SIAU
RESPONSABLE	CARLOS ANDRÉS PUYO; Asesor de Control Interno
OBJETIVO	Presentar informe sobre la Auditoría Preventiva y de Fortalecimiento Institucional realizada al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, evaluando la efectividad de los controles implementados y el cumplimiento de los procedimientos institucionales relacionados con la atención al usuario, gestión de PQRSF, satisfacción del usuario, participación social, gestión documental y administración de riesgos, conforme a la normatividad vigente y al Sistema de Control Interno institucional.

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo General	5
2.2. Objetivos Específicos	5
3. ALCANCE	6
4. METODOLOGÍA	7
5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA	8
5.1. Gobierno Documental del Proceso SIAU	8
5.1.1 Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario	9
5.1.2 Procedimiento Realización de Encuestas de Satisfacción	11
5.1.3 Procedimiento PQRSDF	13
5.1.3 Procedimiento de Educación al Usuario	16

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 2 de 44	

5.2 Información, Orientación y Atención al Usuario	20
5.2.1 Canales de atención al usuario	20
5.2.2 Orientación e información sobre servicios institucionales	21
5.2.3 Atención personalizada y gestión de requerimientos	22
5.2.4 Divulgación del portafolio de servicios.....	23
5.3 Promoción y Socialización de Derechos y Deberes de los Usuarios	25
5.3.1 Estrategias de divulgación.....	25
5.3.2 Material informativo y educativo.....	25
5.3.3 Verificación de apropiación institucional.....	26
5.4 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF)	26
5.4.1 Recepción y radicación de PQRSF	27
5.4.2 Canales de recepción y accesibilidad.....	27
5.4.3 Clasificación y análisis de PQRSF.....	27
5.4.4 Oportunidad en la gestión y respuesta.....	28
5.4.5 Seguimiento y cierre de PQRSF.....	28
5.4.6 Comité de Ética e Integridad y análisis de casos	28
5.4.7 Acciones de mejora derivadas de PQRSF.....	29
5.5 Metodología para la medición de la satisfacción.....	29
5.5.1 Planeación y aplicación de encuestas de satisfacción	29
5.5.2 Consolidación y análisis de resultados	30
5.5.3 Socialización y seguimiento institucional	30
5.5.4 Acciones de mejora derivadas de la medición de la satisfacción.....	30
5.6 Participación Social en Salud y Relacionamento con los Usuarios.....	31
5.6.1 Asociación de Usuarios	31
5.6.2 Participación ciudadana y control social	32
5.6.3 Seguimiento a compromisos y espacios de participación	33
5.7 Indicadores de Gestión y Seguimiento del Proceso.....	33
5.7.1 Definición y estructura de los indicadores.....	33

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 3 de 44	

5.7.2 Medición y seguimiento de los indicadores	35
5.7.3 Análisis de resultados y socialización	35
5.7.4 Utilización de los indicadores para la mejora continua	35
5.8 Gestión de Riesgos	36
5.8.1 Identificación y actualización de los riesgos	36
5.8.2 Valoración y controles implementados	36
5.8.3 Seguimiento y articulación con la planeación institucional	37
5.8.4 Evaluación de la gestión del riesgo	37
5.9 Evaluación de la Percepción de los Usuarios frente a los Mecanismos Institucionales de Información y Comunicación	37
5.9.1 Percepción sobre la información disponible en el sitio web institucional	38
5.9.2 Percepción sobre la información divulgada en redes sociales institucionales	38
5.9.3 Percepción sobre la atención e información suministrada por la oficina SIAU	38
5.9.4 Acceso a información publicada en medios físicos (carteleras y tableros informativos)	39
5.9.5 Evaluación de los canales institucionales de comunicación	39
6. RESUMEN DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	40
7. PLAN DE MEJORAMIENTO	41
8. CONCLUSIONES Y CONCEPTO FINAL DE CONTROL INTERNO	42
8.1. Conclusiones	42
8.2 Concepto Final de Control Interno	44

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 4 de 44	

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2026 y de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno por la Ley 87 de 1993, se realizó Auditoría Interna Preventiva y de Fortalecimiento Institucional al proceso Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

El proceso SIAU constituye uno de los principales mecanismos de interacción entre la institución y sus usuarios, al facilitar el acceso a la información, la orientación sobre los servicios de salud, la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), la promoción de los derechos y deberes de los usuarios, la medición de la satisfacción y el fortalecimiento de los espacios de participación social en salud. Por esta razón, su adecuada gestión contribuye de manera directa al mejoramiento de la calidad de los servicios, la humanización de la atención y el fortalecimiento de la confianza de la ciudadanía en la institución.

La auditoría se desarrolló bajo un enfoque preventivo y de mejoramiento continuo, mediante la revisión documental, aplicación de listas de chequeo, análisis de registros, validación de indicadores, entrevistas y verificación de evidencias relacionadas con la operación del proceso durante las vigencias 2025 y 2026. El ejercicio permitió evaluar la efectividad de los controles implementados, el cumplimiento de los procedimientos institucionales y la articulación del proceso con los lineamientos de atención al usuario y participación social establecidos por la normatividad vigente.

De manera complementaria, y en atención a las acciones de mejora definidas en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, la auditoría incorporó la evaluación de la percepción de los usuarios frente a los mecanismos institucionales de información y comunicación, incluyendo la información disponible en el sitio web institucional, las redes sociales, la atención suministrada por la oficina SIAU, los medios físicos de divulgación y los canales de comunicación utilizados por la entidad. Lo anterior con el propósito de generar información objetiva que contribuya al

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 5 de 44	

fortalecimiento de las estrategias institucionales de información al ciudadano, transparencia y acceso a la información pública.

Los resultados consignados en el presente informe reflejan las fortalezas identificadas, las oportunidades de mejora observadas y las recomendaciones formuladas por la Oficina de Control Interno, orientadas a fortalecer la gestión del proceso, optimizar los mecanismos de atención y participación de los usuarios y contribuir al mejoramiento continuo de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Evaluar la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, verificando el cumplimiento de los procedimientos, controles, mecanismos de atención al usuario, participación social, gestión de PQRSF, satisfacción del usuario, indicadores y riesgos asociados al proceso, con el fin de contribuir a su fortalecimiento y mejoramiento continuo.

2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Verificar el cumplimiento de los procedimientos, lineamientos institucionales y requisitos normativos aplicables al proceso SIAU.
- ✓ Evaluar la gestión de los mecanismos de información, orientación y atención al usuario, así como las estrategias implementadas para la promoción y socialización de los derechos y deberes de los usuarios.
- ✓ Analizar la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), verificando la oportunidad en su trámite, respuesta, seguimiento y cierre.
- ✓ Evaluar la implementación de los mecanismos de medición de satisfacción del usuario, así como el análisis y aprovechamiento de los resultados obtenidos para la formulación de acciones de mejora.

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 6 de 44	

- ✓ Evaluar la pertinencia, seguimiento y utilización de los indicadores de gestión del proceso como herramienta para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo.
- ✓ Verificar la identificación, valoración, control y seguimiento de los riesgos asociados al proceso, así como su articulación con el Sistema de Control Interno.
- ✓ Evaluar la percepción de los usuarios frente a los mecanismos institucionales de información y comunicación, incluyendo sitio web institucional, redes sociales, oficina SIAU, medios físicos de divulgación y demás canales de comunicación implementados por la entidad.
- ✓ Formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los controles, la optimización de los procesos de atención al usuario y el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

3. ALCANCE

La Auditoría Preventiva y de Fortalecimiento Institucional comprendió la revisión de la gestión desarrollada por el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU durante la vigencia 2025 y lo corrido de la vigencia 2026, mediante la verificación de documentos, registros, informes, indicadores, procedimientos, mecanismos de seguimiento y demás evidencias relacionadas con la operación del proceso.

La evaluación se realizó con base en la información suministrada por el área, los registros institucionales disponibles, las entrevistas efectuadas, las listas de chequeo aplicadas y las verificaciones selectivas realizadas por la Oficina de Control Interno, con el propósito de determinar el nivel de cumplimiento de los procedimientos establecidos, la efectividad de los controles implementados y la contribución del proceso al fortalecimiento de la atención al usuario y la mejora continua institucional.

De manera complementaria, la auditoría incorporó la evaluación de la percepción de los usuarios frente a los mecanismos institucionales de información y comunicación, en cumplimiento de las actividades de

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 7 de 44	

seguimiento asignadas a la Oficina de Control Interno dentro del plan de mejoramiento institucional derivado del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

4. METODOLOGÍA

La auditoría se desarrolló mediante la aplicación de técnicas y procedimientos de auditoría orientados a la obtención y análisis de evidencia suficiente, confiable y verificable, que permitiera evaluar el funcionamiento del proceso, la efectividad de los controles implementados y el cumplimiento de los procedimientos institucionales y requisitos normativos aplicables.

Como parte del ejercicio auditor se efectuó la revisión y análisis de la documentación que soporta la operación del proceso, incluyendo manuales, procedimientos, formatos, registros, informes de gestión, indicadores, matrices de riesgo, actas, bases de datos y demás evidencias relacionadas con la gestión del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU.

Adicionalmente, se aplicaron listas de chequeo estructuradas para cada uno de los componentes objeto de evaluación, las cuales permitieron verificar aspectos relacionados con la gestión documental, atención al usuario, gestión de PQRSF, satisfacción del usuario, educación al usuario, participación social, seguimiento a indicadores y administración de riesgos.

La evaluación fue complementada mediante entrevistas, listas de chequeo, validación selectiva de registros y soportes documentales, análisis de información estadística e indicadores de gestión, revisión de informes institucionales y verificación de la trazabilidad de las actividades desarrolladas durante las vigencias evaluadas.

De igual manera, se realizaron pruebas de cumplimiento orientadas a verificar la aplicación de los procedimientos establecidos, la

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 8 de 44	

oportunidad en la ejecución de las actividades, la existencia de mecanismos de seguimiento y control, así como la consistencia entre la información reportada por el área y las evidencias documentales disponibles.

Finalmente, la información recopilada fue analizada y contrastada con los criterios de auditoría definidos, la normatividad vigente, los procedimientos institucionales y las políticas aplicables al proceso, permitiendo identificar fortalezas, riesgos, oportunidades de mejora y aspectos susceptibles de fortalecimiento dentro del marco del Sistema de Control Interno institucional.

5. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

5.1. Gobierno Documental del Proceso SIAU

La revisión del componente de Gobierno Documental tuvo como propósito evaluar la calidad, vigencia y pertinencia de la documentación que soporta el proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, verificando que los documentos institucionales constituyan una herramienta efectiva para orientar el desarrollo de las actividades, facilitar la estandarización del proceso y garantizar el cumplimiento de los lineamientos definidos por la entidad.

Como parte de la auditoría se revisó el Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU y los procedimientos asociados al proceso, realizando un análisis comparativo frente a los criterios establecidos en el Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales, así como su articulación con la Plataforma Estratégica Institucional 2024–2028, con el fin de establecer el nivel de conformidad de la documentación, su consistencia técnica y su alineación con los objetivos estratégicos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 9 de 44	

5.1.1 Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario

Tabla 1. Evaluación del Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU frente al Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales			
Requisito establecido en el instructivo	Existe	Nivel de cumplimiento	Observación de auditoría
Tabla de contenido	No	No cumple	El manual no incorpora tabla de contenido, requisito exigido para los manuales según el Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales. Su inclusión facilitaría la consulta y localización de la información contenida en el documento.
Objetivo	Sí	Adecuado	El documento establece un objetivo general y objetivos específicos claramente definidos, los cuales guardan coherencia con el propósito del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU y orientan el desarrollo del manual.
Alcance	No	No cumple	No se evidencia un apartado que delimite el alcance general del manual. Aunque algunos procedimientos incluyen un alcance específico, el documento no define de manera integral su ámbito de aplicación, cobertura y destinatarios.
Definiciones	Sí	Adecuado	El glosario incorpora definiciones suficientes y pertinentes que facilitan la comprensión de los términos utilizados y promueven una interpretación homogénea del contenido del manual.
Responsables	No	No cumple	No existe un apartado específico que determine las responsabilidades para la implementación, aplicación, seguimiento, actualización y control del manual.
Desarrollo (etapas)	Sí	Aceptable	El manual desarrolla los principales componentes del proceso SIAU; sin embargo, la organización del contenido puede fortalecerse para facilitar su consulta y

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 10 de 44	

			estandarizar la secuencia metodológica del proceso.
Marco normativo legal o normograma	Sí	Requiere fortalecimiento	Se evidencia un marco legal básico; no obstante, se recomienda actualizarlo y estructurarlo como un normograma, incorporando la totalidad de la normatividad vigente aplicable al proceso.
Etapas o fases	No	No cumple	No se identifican de manera expresa las etapas o fases del manual conforme a la estructura definida en el instructivo institucional.
Anexos (si aplica)	No aplica	No aplica	De acuerdo con la naturaleza y contenido del documento, no se requieren anexos para su adecuada comprensión y aplicación.

La revisión del Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU permitió evidenciar que el documento constituye una herramienta importante para orientar la gestión del proceso, al incorporar información relacionada con la plataforma estratégica institucional, el portafolio de servicios, los objetivos del SIAU, el marco legal, las funciones del proceso, los derechos y deberes de los usuarios, el glosario y los principales procedimientos asociados. En términos generales, el contenido resulta pertinente y guarda coherencia con la finalidad del proceso, proporcionando lineamientos que contribuyen a la adecuada prestación de los servicios de información y atención al usuario.

Al compararlo con la estructura definida en el Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales, se identifican oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la incorporación de algunos componentes documentales, como la tabla de contenido, el alcance general del manual, la definición de responsables y la descripción de las etapas o fases del proceso. Asimismo, se recomienda ampliar y actualizar el marco normativo para consolidarlo como un referente integral de consulta. La incorporación de estos elementos permitirá mejorar la

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 11 de 44	

estructura del documento, facilitar su consulta y fortalecer su utilidad como instrumento de gestión para la estandarización y mejora continua del proceso SIAU.

5.1.2 Procedimiento Realización de Encuestas de Satisfacción

Tabla 2. Evaluación del Procedimiento para la Realización de Encuestas de Satisfacción frente al Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales			
Requisito establecido en el instructivo	Existe	Nivel de cumplimiento	Observación de auditoría
Tabla de contenido	No	No cumple	El procedimiento no incorpora una tabla de contenido, requisito definido por el instructivo institucional para este tipo documental. Aunque su extensión no es considerable, la inclusión de este elemento facilitaría la ubicación de los apartados, mejoraría la consulta del documento y favorecería su utilización como herramienta de trabajo.
Objetivo	Sí	Aceptable	El objetivo define la finalidad general del procedimiento y mantiene relación con la aplicación de las encuestas de satisfacción. No obstante, su redacción se concentra principalmente en la ejecución de la encuesta y podría fortalecerse incorporando el análisis de los resultados, la generación de acciones de mejora y la utilización de la información como insumo para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo del proceso.
Alcance	Sí	Adecuado	El alcance delimita de manera clara el inicio y final del procedimiento, identifica las actividades que comprende y permite establecer el ámbito de aplicación del documento, facilitando su comprensión por parte de los responsables de su ejecución.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 12 de 44	

Definiciones	Sí	Aceptable	El procedimiento incorpora un conjunto de definiciones pertinentes para comprender su contenido; sin embargo, podría enriquecerse con conceptos directamente relacionados con la metodología de medición de la satisfacción, tales como muestra, representatividad, indicador de satisfacción, nivel de confianza y mejora continua, fortaleciendo así el soporte técnico del procedimiento.
Responsables	Sí	Adecuado	Se identifican los responsables del procedimiento y durante el desarrollo de las actividades se asignan funciones específicas, lo que favorece la claridad en la ejecución, el seguimiento y la trazabilidad de las responsabilidades dentro del proceso.
Desarrollo de las etapas	Sí	Aceptable	El procedimiento presenta una secuencia lógica de actividades, identifica responsables y registros asociados; sin embargo, algunas etapas podrían describirse con mayor profundidad, particularmente las relacionadas con el análisis de resultados, la socialización de los hallazgos, la formulación de acciones de mejora y el seguimiento a los planes derivados de las encuestas de satisfacción.
Riesgos	No	No cumple	El documento no identifica los riesgos inherentes al procedimiento ni las posibles situaciones que podrían afectar la confiabilidad de la información obtenida, el cumplimiento de la muestra o la oportunidad en el análisis de los resultados, incumpliendo lo establecido en el instructivo institucional.
Puntos de control	No	No cumple	No se establecen puntos de control que permitan verificar el adecuado desarrollo del procedimiento en sus etapas críticas. La incorporación de controles fortalecería la estandarización del proceso y facilitaría la detección oportuna de desviaciones durante la ejecución.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 13 de 44	

Anexos (si aplica)	No aplica	No aplica	De acuerdo con el contenido del procedimiento, no se evidencia la necesidad de incorporar anexos adicionales para garantizar su adecuada comprensión y aplicación.
---------------------------	-----------	-----------	--

La revisión documental del Procedimiento para la Realización de Encuestas de Satisfacción permitió evidenciar que el documento presenta una estructura organizada y responde, en términos generales, a los lineamientos definidos por el Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales. Se destacan como fortalezas la definición del objetivo, el alcance, las responsabilidades y el desarrollo secuencial de las actividades, aspectos que facilitan la comprensión del procedimiento y orientan de manera adecuada su ejecución por parte de los responsables. Asimismo, el documento incorpora elementos complementarios, como el marco normativo, los recursos requeridos, las generalidades y la metodología para la definición de la muestra, los cuales enriquecen su contenido y fortalecen el soporte técnico del proceso.

El análisis también permitió identificar oportunidades de fortalecimiento orientadas a consolidar el procedimiento como una herramienta de gestión más robusta. Entre ellas se encuentran la incorporación de la tabla de contenido, la identificación de los riesgos asociados a la ejecución del procedimiento y la definición de puntos de control que permitan prevenir desviaciones y fortalecer el seguimiento de las actividades críticas. De igual manera, algunos apartados, como las definiciones y la descripción de ciertas etapas del procedimiento, podrían desarrollarse con mayor profundidad para facilitar su interpretación y contribuir al mejoramiento continuo del proceso, manteniendo la armonización con los criterios establecidos por el instructivo institucional.

5.1.3 Procedimiento PQRSDF

Tabla 3. Evaluación del Procedimiento de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) frente al Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales

Requisito establecido en el instructivo	Existe	Nivel de cumplimiento	Observación de auditoría
Tabla de contenido	Sí	Adecuado	El procedimiento incorpora una tabla de contenido organizada que facilita la ubicación de los diferentes apartados y mejora la consulta del documento, manteniendo coherencia con la estructura desarrollada.
Objetivo	Sí	Adecuado	El objetivo define con claridad la finalidad del procedimiento, abarcando la recepción, clasificación, trámite y respuesta de las PQRSF, así como la implementación de acciones de mejora. Su contenido guarda coherencia con el desarrollo posterior del procedimiento y con la finalidad del proceso SIAU.
Alcance	Sí	Adecuado	Delimita de manera precisa el inicio y la finalización del procedimiento, identifica el objeto del trámite y establece claramente la cobertura del proceso, permitiendo comprender su ámbito de aplicación.
Definiciones	Sí	Adecuado	El procedimiento incorpora un glosario amplio y actualizado, incluyendo la clasificación de los reclamos según el nivel de riesgo, conceptos de PQRSF, partes interesadas, cliente y demás términos necesarios para la correcta interpretación del procedimiento. El contenido resulta pertinente y suficiente para su aplicación.
Responsables	Sí	Aceptable	Se identifican los responsables generales del procedimiento; sin embargo, sería conveniente fortalecer este apartado definiendo con mayor precisión las responsabilidades específicas de cada dependencia o actor durante las diferentes etapas del trámite, favoreciendo la trazabilidad y la asignación de responsabilidades.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 15 de 44	

Desarrollo de las etapas	Sí	Adecuado	Constituye uno de los principales fortalezas del procedimiento. Describe de forma secuencial las actividades desde la recepción hasta el cierre de la PQRSF, identifica registros, controles documentales, responsables operativos y tiempos de respuesta, complementándose con un flujograma que facilita su comprensión y aplicación.
Riesgos	No	No cumple	Aunque el procedimiento incorpora controles operativos durante su ejecución, no identifica los riesgos asociados al trámite de las PQRSF ni las posibles causas que podrían afectar la oportunidad, calidad o eficacia del proceso, incumpliendo uno de los componentes establecidos en el instructivo institucional.
Puntos de control	No	No cumple	El documento incorpora controles dentro de algunas actividades; sin embargo, no presenta un apartado específico que identifique los puntos de control del procedimiento, lo cual facilitaría el seguimiento de las actividades críticas y fortalecería la gestión del riesgo operativo.
Anexos (si aplica)	No aplica	No aplica	El procedimiento no requiere anexos adicionales para su comprensión. Los formatos utilizados durante su ejecución se relacionan como documentos asociados, lo cual resulta suficiente para orientar la operación del proceso.

La evaluación realizada permitió evidenciar que el Procedimiento de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) presenta una estructura documental sólida y alineada, en su mayoría, con los lineamientos definidos en el Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales. Se destacan como fortalezas la incorporación de una tabla de contenido, un objetivo y alcance claramente definidos, un glosario amplio y pertinente, así como un desarrollo metodológico detallado que describe las actividades, tiempos de respuesta, responsables operativos, registros y controles asociados al trámite de las PQRSF.

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 16 de 44	

Adicionalmente, la inclusión del flujograma y de los documentos relacionados fortalece la comprensión del procedimiento y facilita su aplicación por parte de los funcionarios responsables.

Desde la perspectiva del fortalecimiento documental, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con la incorporación de un apartado específico para la gestión de riesgos y la definición formal de los puntos de control, componentes exigidos por el instructivo institucional que contribuirían a fortalecer la administración preventiva del proceso. Asimismo, aunque el procedimiento identifica los responsables generales, resulta recomendable precisar con mayor detalle las responsabilidades específicas de los diferentes actores que intervienen en cada etapa, favoreciendo la trazabilidad, la asignación de responsabilidades y el seguimiento de la gestión desarrollada.

5.1.3 Procedimiento de Educación al Usuario

Tabla 4. Evaluación del Procedimiento de Educación al Usuario frente al Instructivo de Elaboración, Actualización y Control de Documentos Institucionales			
Requisito establecido en el instructivo	Existe	Nivel de cumplimiento	Observación de auditoría
Tabla de contenido	Sí	Adecuado	El procedimiento incorpora tabla de contenido, permitiendo identificar y localizar fácilmente los apartados que conforman el documento. Su estructura guarda correspondencia con el contenido desarrollado.

Objetivo	Sí	Aceptable	El objetivo expresa la finalidad general del procedimiento; sin embargo, su redacción es amplia y se orienta principalmente a la orientación del usuario. Podría fortalecerse definiendo con mayor precisión el propósito del procedimiento, incorporando aspectos relacionados con la planificación, ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades educativas desarrolladas por el SIAU.
Alcance	Sí	Requiere fortalecimiento	Aunque existe un apartado denominado alcance, su contenido no delimita claramente el inicio y final del procedimiento ni define el ámbito de aplicación, la población objetivo o las dependencias involucradas. La redacción describe actividades de educación más que el alcance operativo del procedimiento.
Definiciones	Sí	Aceptable	Se incluyen conceptos básicos relacionados con la educación al usuario; no obstante, el glosario podría ampliarse incorporando términos propios del procedimiento, tales como educación individual, educación colectiva, material educativo, promoción, prevención, adherencia, canales de comunicación y evaluación de la educación brindada.
Responsables	Sí	Aceptable	Se identifica como responsables a las trabajadoras sociales o al líder del proceso; sin embargo, sería conveniente precisar las responsabilidades específicas de cada actor, así como la participación de otras dependencias cuando corresponda, fortaleciendo la asignación de funciones y la trazabilidad del procedimiento.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 18 de 44	

Desarrollo de las etapas	Sí	Requiere fortalecimiento	El procedimiento desarrolla únicamente tres actividades generales, las cuales describen la orientación y educación al usuario. No obstante, se evidencia ausencia de una secuencia metodológica más detallada que incluya aspectos como la planeación de las actividades educativas, los temas a desarrollar, la periodicidad, los mecanismos de evaluación, los registros generados y el seguimiento a la efectividad de las acciones implementadas.
Riesgos	No	No cumple	El procedimiento no incorpora la identificación de riesgos asociados a la ejecución de las actividades de educación al usuario, incumpliendo uno de los componentes establecidos por el instructivo institucional.
Puntos de control	No	No cumple	No se identifican controles específicos que permitan verificar la correcta ejecución de las actividades educativas, el cumplimiento de la programación o la efectividad de la información suministrada a los usuarios.
Anexos (si aplica)	No aplica	No aplica	Por la naturaleza del procedimiento no se evidencian anexos indispensables para su comprensión; sin embargo, podrían incorporarse como apoyo formatos o registros utilizados durante el desarrollo de las actividades educativas.

El Procedimiento de Educación al Usuario establece los lineamientos generales para orientar a los usuarios sobre los servicios ofrecidos por la institución, sus derechos y deberes, así como sobre la información necesaria para acceder a la atención en salud. Durante la revisión documental se observó que el procedimiento incorpora los componentes básicos exigidos por el instructivo institucional y mantiene coherencia con el propósito del proceso SIAU. Se destaca la inclusión de una tabla de contenido, un glosario de términos y un flujograma que facilita la comprensión de la secuencia general

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 19 de 44	

de las actividades, constituyéndose en elementos que favorecen la consulta y aplicación del documento.

A pesar de ello, el contenido del procedimiento puede fortalecerse para convertirlo en una herramienta de gestión más completa. Aspectos como el alcance, la definición de responsabilidades y, especialmente, el desarrollo de las actividades requiere un mayor nivel de detalle que permita establecer con claridad cómo se planifican, ejecutan, documentan y evalúan las acciones de educación al usuario. De igual manera, la incorporación de riesgos y puntos de control contribuiría a reforzar el enfoque preventivo del procedimiento y a facilitar su seguimiento dentro del Sistema de Control Interno, promoviendo una ejecución más estandarizada y orientada al mejoramiento continuo.

OBSERVACIÓN No. 1: Debilidades en la estandarización documental del proceso SIAU frente al Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos

Durante la revisión del Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU y de los procedimientos asociados al proceso (Realización de Encuestas de Satisfacción, Gestión de PQRSDF y Educación al Usuario), se evidenciaron diferencias frente a la estructura y requisitos establecidos en el Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos. Entre las principales situaciones identificadas se encuentran la ausencia o insuficiente desarrollo de componentes como tabla de contenido, alcance, definición de responsabilidades, etapas del proceso, riesgos, puntos de control y actualización del marco normativo, elementos que constituyen requisitos para la adecuada estandarización documental del proceso. Estas situaciones fueron recurrentes en varios de los documentos evaluados, evidenciando la necesidad de realizar una revisión integral de la documentación que soporta la gestión del SIAU.

Causa: Ausencia de una revisión técnica integral de los documentos del proceso frente a los requisitos establecidos en el Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos, previo a su aprobación y actualización.

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 20 de 44	

Efecto: La documentación del proceso presenta diferencias en su estructura y contenido, lo que limita su uniformidad, dificulta la consulta por parte de los responsables y reduce su utilidad como herramienta para orientar, estandarizar y controlar la ejecución de las actividades del proceso.

Riesgo: Posibilidad de inconsistencias en la aplicación de los procedimientos, debilidades en la estandarización de las actividades del proceso y disminución de la efectividad del sistema de control documental institucional.

Recomendación: Realizar una revisión integral del Manual del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU y de los procedimientos asociados al proceso, verificando su conformidad con el Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos, con el fin de incorporar los componentes requeridos, actualizar el marco normativo, fortalecer la definición de responsabilidades, riesgos y puntos de control, y garantizar la estandarización documental del proceso.

5.2 Información, Orientación y Atención al Usuario

5.2.1 Canales de atención al usuario

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua dispone de diferentes canales de atención orientados a facilitar el acceso de los usuarios a la información institucional, la orientación sobre los servicios de salud y la recepción de solicitudes, inquietudes y requerimientos. Durante la evaluación se identificó la disponibilidad de los siguientes mecanismos de atención:

- ✓ Atención presencial a través de la oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).
- ✓ Atención telefónica mediante las líneas institucionales.

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 21 de 44	

- ✓ Correo electrónico institucional.
- ✓ Página web institucional.
- ✓ Redes sociales oficiales de la entidad.
- ✓ Carteleros y demás medios informativos ubicados en áreas de atención al público.

La articulación de estos canales evidencia la implementación de una estrategia de comunicación que combina medios presenciales, digitales y físicos, permitiendo atender las diferentes necesidades de información de los usuarios y ampliar la cobertura de los mecanismos de divulgación institucional. Esta gestión es consistente con las actividades reportadas en el informe anual del proceso SIAU, en el que se documentan acciones de difusión del portafolio de servicios, socialización de información institucional y utilización de diferentes medios para fortalecer la interacción con la comunidad.

Desde la perspectiva del control interno, la información revisada permite establecer que los canales de atención se encuentran implementados y operando de manera complementaria, favoreciendo el acceso de los usuarios a la información institucional. Adicionalmente, la aplicación de encuestas de satisfacción y el seguimiento a las PQRSF constituyen mecanismos que permiten valorar periódicamente la percepción de los usuarios frente a la oportunidad y calidad de la información suministrada, lo que aporta elementos para la mejora continua del proceso. Durante la auditoría no se identificaron evidencias que permitieran concluir la existencia de deficiencias generalizadas en la disponibilidad o funcionamiento de los canales institucionales de atención.

5.2.2 Orientación e información sobre servicios institucionales

La orientación suministrada por el Sistema de Información y Atención al Usuario constituye uno de los principales mecanismos para garantizar que los usuarios conozcan la oferta institucional, los requisitos de acceso y los procedimientos asociados a la prestación de los servicios de salud. La información revisada evidencia que esta actividad se desarrolla de

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 22 de 44	

manera permanente mediante acciones de orientación directa y la difusión de información institucional a través de los diferentes medios implementados por la entidad.

La documentación analizada y las evidencias obtenidas durante la auditoría muestran coherencia entre los procedimientos definidos por la institución y las actividades desarrolladas por el proceso SIAU, observándose que la información suministrada responde a las necesidades generales de los usuarios en aspectos relacionados con el acceso a los servicios, los trámites administrativos, las rutas de atención y los mecanismos de participación ciudadana. Esta articulación contribuye a reducir barreras de acceso derivadas del desconocimiento de la oferta institucional y fortalece la función orientadora del proceso.

5.2.3 Atención personalizada y gestión de requerimientos

La interacción directa entre el personal del SIAU y los usuarios permite canalizar solicitudes, resolver inquietudes y orientar oportunamente las necesidades de información que se presentan durante el proceso de atención. Las evidencias revisadas reflejan que esta actividad se desarrolla de forma continua, facilitando el direccionamiento de los requerimientos hacia las dependencias competentes y promoviendo una respuesta articulada por parte de la institución.

No obstante, durante la auditoría se identificó que las orientaciones brindadas a los usuarios no se registran mediante un instrumento que permita consolidar información sobre la cantidad, naturaleza y seguimiento de las atenciones realizadas. Aunque esta situación no afecta la prestación del servicio, limita la trazabilidad del proceso y la generación de información que facilite evaluar objetivamente el comportamiento de este componente y apoyar la toma de decisiones. Dada su incidencia en el fortalecimiento del sistema de control interno, esta situación será desarrollada como observación de auditoría en el capítulo correspondiente.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 23 de 44	

5.2.4 Divulgación del portafolio de servicios

La divulgación del portafolio de servicios constituye una estrategia orientada a garantizar que los usuarios conozcan la oferta institucional y dispongan de la información necesaria para acceder oportunamente a los servicios de salud. La auditoría permitió establecer que la E.S.E. desarrolla esta actividad mediante diferentes mecanismos de comunicación, entre los que se encuentran la **página web institucional**, las **redes sociales oficiales**, la **oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)**, las **carteleras y tableros informativos** ubicados en las áreas de atención al público, el **material informativo dispuesto en los diferentes servicios** y las **jornadas de socialización** dirigidas a usuarios, familiares y comunidad.

La utilización de estos mecanismos evidencia una estrategia de divulgación que combina medios digitales, físicos y presenciales, favoreciendo que la información institucional esté disponible para los diferentes grupos de interés y permitiendo ampliar las alternativas de consulta sobre la oferta de servicios de la entidad. Esta gestión guarda correspondencia con las actividades descritas en el informe anual del proceso SIAU y con las evidencias verificadas durante la auditoría, las cuales reflejan la implementación de acciones permanentes encaminadas a fortalecer la comunicación institucional y facilitar el acceso de la ciudadanía a los servicios de salud.

En consecuencia, se considera que el proceso dispone de mecanismos de divulgación acordes con su propósito misional, contribuyendo a que los usuarios cuenten con información suficiente para conocer la oferta institucional y acceder a los servicios en condiciones de mayor oportunidad y transparencia.

Observación No. 2. Debilidad en el registro y trazabilidad de las orientaciones brindadas a los usuarios.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 24 de 44	

Durante la auditoría se evidenció que el proceso SIAU desarrolla actividades permanentes de orientación e información a los usuarios; sin embargo, no dispone de un instrumento o mecanismo formal que permita registrar de manera sistemática las orientaciones suministradas, consolidar información estadística sobre las atenciones realizadas y efectuar seguimiento a este componente del proceso. Esta situación limita la trazabilidad de las actuaciones desarrolladas y dificulta la obtención de información objetiva para evaluar el comportamiento de la demanda de orientación y su contribución al mejoramiento del servicio.

Causa: Ausencia de un procedimiento o formato institucional que permita documentar y consolidar las orientaciones brindadas por el personal del SIAU, así como realizar seguimiento mediante indicadores específicos.

Efecto: Limitaciones para generar información estadística confiable sobre las orientaciones realizadas, analizar tendencias de consulta, medir la demanda del servicio y disponer de elementos objetivos para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las estrategias de información al usuario.

Riesgo: Debilidad en la trazabilidad de las actividades de orientación, afectando la evaluación de la efectividad del proceso y la disponibilidad de información para la mejora continua, así como la posibilidad de demostrar objetivamente la gestión desarrollada por el SIAU frente a los requerimientos de los usuarios.

Recomendación: Diseñar e implementar un mecanismo estandarizado para el registro y control de las orientaciones brindadas por el SIAU, que permita consolidar información sobre el número de atenciones, tipo de orientación suministrada, motivo de la consulta, canal utilizado y demás variables que faciliten el seguimiento, la generación de indicadores y el análisis de la gestión del proceso.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 25 de 44	

5.3 Promoción y Socialización de Derechos y Deberes de los Usuarios

La promoción de los derechos y deberes de los usuarios constituye uno de los ejes fundamentales del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), en la medida en que fortalece la participación ciudadana, fomenta el ejercicio informado de los derechos en salud y promueve la corresponsabilidad de los usuarios frente a la prestación de los servicios. La evaluación realizada permitió establecer que la E.S.E. ha implementado estrategias permanentes orientadas a garantizar que esta información sea accesible, comprensible y disponible para la comunidad.

5.3.1 Estrategias de divulgación

Las actividades de divulgación se desarrollan de manera permanente mediante una combinación de estrategias presenciales y virtuales, permitiendo que la información llegue a los usuarios por diferentes medios. Durante la auditoría se evidenció que los derechos y deberes se encuentran publicados en la página web institucional y que su socialización hace parte de las actividades cotidianas desarrolladas por el personal del SIAU. De igual forma, se verificó la utilización de medios físicos y digitales como mecanismo para ampliar la cobertura de la información y facilitar su consulta por parte de los usuarios.

La articulación de estos mecanismos evidencia una estrategia institucional orientada a fortalecer el conocimiento de los derechos y deberes, promoviendo una cultura de participación y uso adecuado de los servicios de salud.

5.3.2 Material informativo y educativo

La información suministrada a los usuarios se apoya en material informativo actualizado, elaborado conforme a la imagen institucional y distribuido durante las actividades de orientación y socialización. La revisión de las evidencias permitió constatar la entrega de folletos informativos y la disponibilidad de material de apoyo en los diferentes servicios de la institución,

complementados con

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 26 de 44	

registros documentales y fotográficos que respaldan las actividades desarrolladas por el proceso.

Estos elementos contribuyen a estandarizar la información suministrada a los usuarios y favorecen que los mensajes institucionales sean transmitidos de manera clara, uniforme y consistente.

5.3.3 Verificación de apropiación institucional

La auditoría permitió establecer que el proceso no limita sus actividades a la divulgación de los derechos y deberes, sino que incorpora mecanismos para verificar el nivel de comprensión por parte de los usuarios. De acuerdo con la información revisada, esta validación se realiza durante las jornadas de socialización y mediante las encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios, permitiendo identificar el grado de conocimiento sobre los derechos, deberes y mecanismos de participación.

La existencia de registros de las actividades ejecutadas y de instrumentos para evaluar la apropiación de la información evidencia un enfoque orientado no solo a la difusión, sino también al seguimiento de la efectividad de las estrategias implementadas. En consecuencia, no se identificaron situaciones que ameriten la formulación de observaciones o la adopción de acciones de mejora dentro de este componente.

5.4 Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF)

La gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) constituye uno de los principales mecanismos institucionales para conocer la percepción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud y fortalecer el mejoramiento continuo. La evaluación realizada comprendió la revisión del procedimiento institucional, los informes periódicos de gestión, la base consolidada de registros, las actas del Comité de

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 27 de 44	

Ética Hospitalaria y las evidencias documentales que soportan la administración de las manifestaciones presentadas por los usuarios.

5.4.1 Recepción y radicación de PQRSF

La auditoría permitió establecer que la E.S.E. dispone de procedimientos definidos para la recepción y radicación de las PQRSF, garantizando el registro de las manifestaciones recibidas a través de los diferentes canales institucionales y su incorporación al sistema de seguimiento del proceso. La información revisada evidencia que las solicitudes son radicadas de manera continua, facilitando el inicio oportuno de su trámite y permitiendo mantener la trazabilidad de cada caso desde su recepción hasta su cierre. Esta gestión se encuentra alineada con el procedimiento institucional y con los informes periódicos elaborados por la Oficina SIAU.

5.4.2 Canales de recepción y accesibilidad

Los mecanismos establecidos para la recepción de PQRSF favorecen el acceso de los usuarios al proceso, al disponer de diferentes alternativas para la presentación de sus manifestaciones, entre ellas los buzones de sugerencias ubicados en los distintos servicios, la página web institucional, el correo electrónico, la radicación escrita y la atención presencial en la oficina SIAU. La existencia de estos canales amplía las posibilidades de participación ciudadana y facilita la recepción de las manifestaciones conforme a las necesidades de los usuarios.

5.4.3 Clasificación y análisis de PQRSF

La revisión del consolidado institucional permitió evidenciar que las manifestaciones son clasificadas de acuerdo con su naturaleza y registradas conforme al procedimiento establecido, lo que facilita el seguimiento estadístico y el análisis de su comportamiento. Los informes trimestrales presentan la distribución de las PQRSF por tipo de manifestación, comportamiento mensual y factores

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 28 de 44	

asociados a las inconformidades, constituyendo un insumo para la evaluación del desempeño institucional y la identificación de oportunidades de fortalecimiento. Durante el primer trimestre de 2026 se registraron 51 manifestaciones, predominando las quejas con el 80 % del total, situación que motivó el análisis de sus causas y la necesidad de fortalecer los procesos asistenciales y administrativos.

5.4.4 Oportunidad en la gestión y respuesta

La gestión de las PQRSF se desarrolla conforme a los términos establecidos en la normativa vigente y al procedimiento institucional, incorporando criterios de priorización según el nivel de riesgo de cada caso y mecanismos de seguimiento para verificar la oportunidad de las respuestas emitidas. La documentación revisada evidencia la existencia de controles dirigidos a garantizar el cumplimiento de los tiempos de atención y la generación de informes periódicos para monitorear este componente.

5.4.5 Seguimiento y cierre de PQRSF

El proceso cuenta con herramientas que permiten realizar seguimiento a las manifestaciones registradas y documentar las actuaciones adelantadas hasta su cierre. La información consignada en la base consolidada facilita la trazabilidad de cada caso mediante el registro de variables relacionadas con la radicación, estado, acciones adelantadas y fecha de solución, permitiendo efectuar seguimiento al comportamiento general del proceso y generar reportes para la toma de decisiones.

5.4.6 Comité de Ética e Integridad y análisis de casos

Las actas revisadas evidencian que el Comité de Ética Hospitalaria constituye un escenario formal para la presentación y análisis periódico de las PQRSF, las encuestas de satisfacción, los indicadores de atención al usuario y los compromisos derivados de cada sesión. Durante las reuniones realizadas en los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2026 se constató la socialización de los _____ informes del SIAU, el

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 29 de 44	

seguimiento a compromisos previamente adquiridos y la discusión de aspectos relacionados con la calidad de la atención y la experiencia del usuario, fortaleciendo el componente de seguimiento institucional.

5.4.7 Acciones de mejora derivadas de PQRSF

La información analizada evidencia que los resultados obtenidos a partir de las PQRSF son comunicados a los líderes de proceso y al Comité de Ética Hospitalaria, promoviendo la adopción de acciones orientadas al mejoramiento de los servicios. Los informes trimestrales incorporan análisis sobre el comportamiento de las manifestaciones y los factores que generan mayor inconformidad entre los usuarios, constituyendo una herramienta para la retroalimentación institucional y el fortalecimiento continuo del proceso.

5.5 Metodología para la medición de la satisfacción

La medición de la satisfacción del usuario constituye uno de los principales mecanismos para evaluar la percepción de la calidad de los servicios prestados por la E.S.E. y orientar la toma de decisiones encaminadas al mejoramiento continuo. La auditoría comprendió la revisión de la metodología utilizada para la aplicación de encuestas, los informes mensuales de satisfacción, los mecanismos de análisis implementados por el proceso y las evidencias de socialización y seguimiento realizadas en el Comité de Ética Hospitalaria.

5.5.1 Planeación y aplicación de encuestas de satisfacción

La evaluación permitió establecer que el proceso SIAU cuenta con una metodología definida para medir la satisfacción de los usuarios mediante la aplicación periódica de encuestas dirigidas a quienes reciben atención en los diferentes servicios de la institución. La selección de la muestra corresponde al diez por ciento (10 %) de los usuarios atendidos durante el periodo inmediatamente anterior, con base en la información suministrada por el

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 30 de 44	

área de Sistemas, criterio que permite mantener uniformidad en el proceso de medición y facilita el análisis comparativo de los resultados obtenidos.

5.5.2 Consolidación y análisis de resultados

Los resultados de las encuestas son consolidados mensualmente en informes que presentan el nivel de satisfacción alcanzado por cada uno de los servicios evaluados, constituyéndose en un insumo para identificar fortalezas, oportunidades de mejora y tendencias en la percepción de los usuarios. La revisión documental permitió evidenciar que estos informes incluyen el análisis de los principales factores que inciden en la satisfacción del usuario y son utilizados como herramienta para el seguimiento del desempeño institucional.

5.5.3 Socialización y seguimiento institucional

Los resultados obtenidos son presentados periódicamente al Comité de Ética Hospitalaria, escenario en el cual participan la Subgerencia y los líderes de los diferentes procesos, permitiendo analizar el comportamiento de los indicadores de satisfacción y revisar las situaciones que requieren intervención. Esta dinámica favorece la retroalimentación institucional y promueve la participación de las diferentes dependencias en la adopción de acciones orientadas al mejoramiento de la atención brindada a los usuarios.

5.5.4 Acciones de mejora derivadas de la medición de la satisfacción

La auditoría evidenció que la información generada a partir de las encuestas de satisfacción hace parte de los insumos utilizados para la formulación y seguimiento de acciones de mejora por parte de los responsables de los procesos involucrados. Asimismo, se constató que el seguimiento a dichas acciones se incorpora en las sesiones periódicas del Comité de Ética Hospitalaria, fortaleciendo el ciclo de evaluación, retroalimentación y mejora continua implementado por la institución.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 31 de 44	

En consecuencia, la evidencia documental revisada permite concluir que la medición de la satisfacción del usuario se encuentra integrada al proceso de gestión institucional, proporcionando información relevante para el seguimiento de la calidad de los servicios y la adopción de decisiones orientadas al fortalecimiento de la atención al usuario.

5.6 Participación Social en Salud y Relacionamiento con los Usuarios

La participación social constituye uno de los componentes estratégicos para fortalecer la gobernanza institucional, promover el ejercicio del control social y consolidar espacios permanentes de interacción entre la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua y la comunidad. La auditoría comprendió la verificación de la implementación de la Política de Participación Social en Salud, el funcionamiento de la Asociación de Usuarios, los mecanismos de participación ciudadana, los procesos de representación comunitaria y las estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento del relacionamiento con los usuarios. La evidencia revisada demuestra que la institución ha desarrollado acciones encaminadas no solo al cumplimiento de los requisitos normativos, sino también al fortalecimiento de escenarios de diálogo, capacitación y participación activa de los grupos de interés.

5.6.1 Asociación de Usuarios

La revisión documental permitió establecer que la Asociación de Usuarios fue reactivada mediante un proceso participativo desarrollado durante la vigencia 2024, iniciando con la convocatoria y realización de la Asamblea General, continuando con la discusión y aprobación de los estatutos, y culminando con la conformación de la Junta Directiva mediante un proceso democrático respaldado por las respectivas actas. Posteriormente, durante la vigencia 2025, se adelantó el proceso de elección del representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Hospital y su correspondiente posesión

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 32 de 44	

por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, garantizando la representación formal de la comunidad en los escenarios de dirección institucional.

De igual manera, se evidenció la existencia de un Plan de Capacitación para la Junta Directiva y jornadas de formación dirigidas a los integrantes de la Asociación de Usuarios en temas relacionados con la Política de Participación Social en Salud, servicio al ciudadano, mecanismos de participación y control social, fortaleciendo las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones dentro de la institución.

5.6.2 Participación ciudadana y control social

La evidencia revisada demuestra que la institución ha fortalecido los espacios de participación ciudadana mediante estrategias permanentes de articulación con representantes comunitarios de los municipios de la zona de influencia del Hospital, incluyendo organizaciones sociales, representantes de usuarios, comunidad indígena, autoridades territoriales y actores del sector salud. Las reuniones desarrolladas durante la vigencia 2025 permitieron socializar avances institucionales, el portafolio de servicios, los canales de acceso, el funcionamiento del Call Center, el proceso de asignación de citas y los protocolos de atención preferencial, generando escenarios de comunicación directa con los grupos de interés y fortaleciendo el ejercicio del control social sobre la gestión institucional.

Adicionalmente, la estrategia **Plan Padrino** evidencia un modelo de articulación regional orientado al acompañamiento de los municipios de la zona de influencia, fortaleciendo la coordinación entre instituciones prestadoras de servicios de salud, autoridades territoriales y representantes comunitarios, con el propósito de mejorar la accesibilidad, la oportunidad y la continuidad en la prestación de los servicios. Esta estrategia trasciende el cumplimiento normativo de la participación social, incorporando mecanismos permanentes de relacionamiento institucional con los diferentes actores del territorio.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 33 de 44	

5.6.3 Seguimiento a compromisos y espacios de participación

La auditoría permitió evidenciar que la Política de Participación Social en Salud incorpora objetivos, estrategias, indicadores y mecanismos de seguimiento orientados a evaluar el desarrollo de las actividades programadas y el fortalecimiento progresivo de la participación ciudadana. Durante el periodo auditado no se identificaron compromisos pendientes derivados de las reuniones de la Asociación de Usuarios que requirieran seguimiento específico; sin embargo, se constató que la institución mantiene espacios periódicos de participación, capacitación y relacionamiento con la comunidad, soportados mediante actas, informes, registros de asistencia y documentación institucional que permiten verificar la continuidad de las acciones desarrolladas.

5.7 Indicadores de Gestión y Seguimiento del Proceso

Los indicadores de gestión constituyen una herramienta fundamental para evaluar el desempeño del proceso SIAU, medir el cumplimiento de los objetivos institucionales y apoyar la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo. La auditoría comprendió la revisión de las fichas técnicas de los indicadores, los mecanismos de medición implementados, los reportes periódicos y las evidencias de seguimiento realizadas por la institución.

5.7.1 Definición y estructura de los indicadores

La evaluación permitió establecer que el proceso dispone de un conjunto de indicadores que permiten realizar seguimiento a los principales componentes de la gestión del SIAU, integrando tanto indicadores definidos por la normatividad vigente como indicadores institucionales alineados con los objetivos estratégicos de la E.S.E.

Dentro de los indicadores evaluados se encuentran, entre otros:

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 34 de 44	

✓ **Indicadores establecidos en la Resolución 0256 de 2016:**

Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS.

Proporción de usuarios que recomendarían la institución a familiares y amigos.

✓ **Indicadores institucionales:**

Proporción de usuarios que conocen sus derechos y deberes.

Proporción de socialización y evaluación a colaboradores sobre derechos y deberes de los usuarios.

Porcentaje de PQRSF gestionadas.

Reactivación de la Asociación de Usuarios.

Asignación de citas mediante agendas abiertas.

Cumplimiento de las actividades programadas en la Política de Participación Social en Salud.

Cumplimiento de actividades relacionadas con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

La estructura de estos indicadores evidencia que el proceso incorpora mecanismos de medición que permiten evaluar aspectos relacionados con la satisfacción del usuario, la participación ciudadana, la gestión de PQRSF y el cumplimiento de las actividades institucionales.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 35 de 44	

5.7.2 Medición y seguimiento de los indicadores

La revisión documental permitió constatar que los indicadores cuentan con sus respectivas fichas técnicas, en las cuales se establecen la definición, fórmula de cálculo, fuente de información, periodicidad, responsable y meta de cumplimiento. Asimismo, se evidenció que la medición se realiza mensualmente y los resultados son reportados al área de Calidad para su consolidación y seguimiento institucional.

5.7.3 Análisis de resultados y socialización

Los resultados obtenidos son objeto de análisis periódico en los escenarios institucionales definidos para tal fin, particularmente en el Comité de Ética Hospitalaria y en el Comité de Calidad, espacios en los cuales se presentan los avances alcanzados, se revisa el comportamiento de los indicadores y se promueve la adopción de acciones cuando las condiciones del proceso así lo requieren. Esta dinámica favorece el seguimiento sistemático del desempeño y fortalece la articulación entre el proceso SIAU y las demás dependencias de la institución.

5.7.4 Utilización de los indicadores para la mejora continua

La evidencia revisada permite establecer que el proceso incorpora los resultados de los indicadores como un instrumento de seguimiento y evaluación de la gestión, facilitando el monitoreo del cumplimiento de las metas establecidas y suministrando información para la toma de decisiones por parte de la administración. La existencia de fichas técnicas, la medición periódica y la socialización de los resultados reflejan un esquema de seguimiento que contribuye al fortalecimiento del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 36 de 44	

5.8 Gestión de Riesgos

La administración de riesgos constituye un componente fundamental del Sistema de Control Interno, en la medida en que permite identificar oportunamente los eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso y establecer controles orientados a prevenir o mitigar su materialización. La auditoría comprendió la revisión de la matriz de riesgos del proceso SIAU, el informe de seguimiento correspondiente al cierre de la vigencia 2025 y la actualización realizada para la vigencia 2026, con el propósito de verificar la aplicación de la metodología institucional para la gestión del riesgo.

5.8.1 Identificación y actualización de los riesgos

La revisión documental permitió establecer que el proceso dispone de una matriz de riesgos estructurada conforme a la metodología institucional, en la cual se encuentran identificados los riesgos asociados a las actividades desarrolladas por la oficina SIAU. Asimismo, se evidenció que la matriz fue objeto de revisión y actualización como parte del cierre de la vigencia 2025 y de la proyección para la vigencia 2026, garantizando que los riesgos respondan al contexto operativo y a las necesidades actuales del proceso.

5.8.2 Valoración y controles implementados

Los riesgos identificados cuentan con su respectiva valoración y con la definición de controles orientados a reducir la probabilidad de ocurrencia o el impacto de los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso. La documentación revisada evidencia la aplicación de criterios de análisis que permiten priorizar los riesgos y establecer mecanismos de control acordes con su nivel de exposición, fortaleciendo la gestión preventiva y el monitoreo permanente.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 37 de 44	

5.8.3 Seguimiento y articulación con la planeación institucional

La auditoría evidenció que el seguimiento a los riesgos se realiza de manera periódica y se encuentra articulado con los procesos institucionales de planeación y mejoramiento continuo. Los resultados del monitoreo son documentados y constituyen un insumo para evaluar la efectividad de los controles implementados, así como para actualizar la matriz cuando las condiciones del proceso o del entorno lo requieren. Esta articulación favorece la integración de la gestión del riesgo con los objetivos estratégicos de la institución y contribuye al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

5.8.4 Evaluación de la gestión del riesgo

Con base en la evidencia revisada, se concluye que el proceso SIAU ha incorporado la gestión del riesgo como un componente de su administración, disponiendo de herramientas que permiten identificar, valorar, controlar y realizar seguimiento a los riesgos asociados a sus actividades. La existencia de una matriz actualizada, la definición de controles, el registro de los seguimientos y la articulación con la planeación institucional reflejan un adecuado nivel de implementación de la política de administración del riesgo.

5.9 Evaluación de la Percepción de los Usuarios frente a los Mecanismos Institucionales de Información y Comunicación

La evaluación de la percepción de los usuarios permitió establecer el nivel de conocimiento, acceso y utilidad de los diferentes mecanismos de información y comunicación implementados por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua. Para ello se revisaron los resultados de las encuestas aplicadas en desarrollo de las acciones contempladas en el Plan de Mejoramiento MIPG 2025, componente Gobierno Digital, así como las evidencias correspondientes a las jornadas de socialización y sensibilización lideradas por las áreas de Servicio de

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 38 de 44	

Información y Atención al Usuario (SIAU) y Mercadeo. La información recopilada permitió valorar la efectividad de los canales institucionales desde la perspectiva de los propios usuarios.

5.9.1 Percepción sobre la información disponible en el sitio web institucional

La evidencia revisada muestra que la institución ha desarrollado estrategias orientadas a promover el conocimiento y uso del sitio web como canal oficial para el acceso a la información institucional. Las actividades de socialización adelantadas permitieron fortalecer la apropiación de este medio por parte de los usuarios, quienes lo identifican como una herramienta útil para consultar información relacionada con los servicios, trámites, derechos, deberes y mecanismos de participación ciudadana. Estas acciones contribuyen al fortalecimiento de la transparencia y al acceso oportuno a la información pública.

5.9.2 Percepción sobre la información divulgada en redes sociales institucionales

La auditoría evidenció que las redes sociales institucionales hacen parte de la estrategia de comunicación implementada por la entidad para acercar la información a los usuarios mediante medios digitales de amplia cobertura. Las jornadas de sensibilización promovieron el reconocimiento de estos canales como espacios para la divulgación de campañas institucionales, información sobre los servicios, actividades de promoción de la salud y participación ciudadana, favoreciendo una comunicación más dinámica entre la institución y la comunidad.

5.9.3 Percepción sobre la atención e información suministrada por la oficina SIAU

Los resultados analizados reflejan una percepción favorable frente a la atención brindada por la oficina SIAU, la cual continúa consolidándose como el principal canal de orientación y acompañamiento al usuario dentro de la institución. Las actividades desarrolladas permitieron fortalecer el conocimiento sobre

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 39 de 44	

los servicios disponibles, los mecanismos de atención y los canales institucionales de comunicación, contribuyendo a mejorar la interacción entre los usuarios y la entidad.

5.9.4 Acceso a información publicada en medios físicos (carteleros y tableros informativos)

La revisión documental permitió establecer que la institución mantiene mecanismos físicos de divulgación de información mediante carteleros y tableros informativos ubicados en diferentes áreas de atención al público. Estos medios complementan la estrategia digital implementada por la entidad y facilitan el acceso a información relevante para aquellos usuarios que no utilizan herramientas tecnológicas, fortaleciendo la cobertura de las acciones de información y comunicación institucional.

5.9.5 Evaluación de los canales institucionales de comunicación

La evaluación realizada permite concluir que la institución dispone de una estrategia de comunicación que integra medios digitales, físicos y presenciales para garantizar el acceso de los usuarios a la información institucional. Las jornadas de socialización, las mediciones de percepción y la utilización de diversos canales de comunicación evidencian un nivel adecuado de implementación y apropiación por parte de la ciudadanía. Con fundamento en las evidencias revisadas, **no se identificaron situaciones que ameriten la formulación de observaciones de auditoría**, al encontrarse soportada la ejecución de las actividades previstas y evidenciarse una percepción favorable de los usuarios frente a los mecanismos institucionales de información y comunicación.

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 40 de 44	

6. RESUMEN DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

No.	Componente Evaluado	Observación	Riesgo Asociado	Recomendación
1	Gobierno Documental	Se evidenciaron debilidades en la estandarización documental del proceso SIAU, al identificarse diferencias entre el Manual SIAU y los procedimientos asociados frente a los requisitos establecidos en el Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos, relacionadas con la estructura, definición de responsabilidades, alcance, riesgos, puntos de control y actualización del marco normativo.	Posibles inconsistencias en la aplicación de los procedimientos, pérdida de uniformidad documental y debilitamiento de los mecanismos de control del proceso.	Realizar una revisión y actualización integral del Manual SIAU y de los procedimientos asociados, garantizando el cumplimiento de los lineamientos definidos en el Instructivo Institucional de Elaboración, Actualización y Control de Documentos y fortaleciendo los elementos técnicos que soportan la gestión del proceso.
2	Información, Orientación y Atención al Usuario	No se evidenció un mecanismo estandarizado para el registro y trazabilidad de las orientaciones e información suministrada por la oficina SIAU a los usuarios, lo que limita la disponibilidad de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión desarrollada.	Dificultad para realizar seguimiento a las orientaciones brindadas, generar estadísticas de atención, evaluar la demanda de información y soportar la toma de decisiones basada en evidencia.	Diseñar e implementar un formato o herramienta institucional que permita registrar las orientaciones brindadas por el SIAU, incorporando variables que faciliten la trazabilidad, el análisis estadístico y el seguimiento a la gestión del proceso.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 41 de 44	

7. PLAN DE MEJORAMIENTO

Como resultado de la Auditoría Preventiva y de Fortalecimiento Institucional practicada al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU, la Oficina de Control Interno identificó oportunidades de fortalecimiento relacionadas con aspectos documentales y de trazabilidad de algunos registros del proceso. No obstante, el análisis integral de la evidencia permitió establecer que dichas situaciones no comprometen la efectividad de los controles implementados, el cumplimiento de los objetivos del proceso ni la adecuada prestación del servicio a los usuarios.

En atención al nivel de madurez evidenciado en el Sistema de Control Interno del proceso SIAU, reflejado en la implementación de procedimientos estandarizados, la disponibilidad de soportes documentales, el seguimiento permanente a los indicadores, la gestión de riesgos, la administración de las PQRSF, la medición de la satisfacción de los usuarios y el fortalecimiento de los mecanismos de participación social, no se considera procedente la formulación de un Plan de Mejoramiento derivado de la presente auditoría.

Las recomendaciones formuladas en este informe se presentan como oportunidades de fortalecimiento orientadas al mejoramiento continuo de la gestión y al perfeccionamiento de los instrumentos administrativos del proceso. En consecuencia, corresponderá al líder del proceso evaluar su pertinencia y viabilidad, así como definir, de manera autónoma, la adopción de las acciones que considere convenientes para continuar fortaleciendo el Sistema de Información y Atención al Usuario, conforme al principio de autocontrol y mejora continua que orienta el Sistema de Control Interno.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 42 de 44	

8. CONCLUSIONES Y CONCEPTO FINAL DE CONTROL INTERNO

8.1. Conclusiones

La Auditoría Preventiva y de Fortalecimiento Institucional practicada al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU permitió verificar el funcionamiento integral del proceso durante las vigencias 2025 y 2026, evidenciando un adecuado nivel de implementación de los procedimientos institucionales, el cumplimiento de los requisitos normativos aplicables y la existencia de controles que contribuyen al logro de los objetivos del proceso. La evaluación comprendió aspectos relacionados con el gobierno documental, la atención al usuario, la gestión de PQRSF, la medición de la satisfacción, la participación social en salud, los indicadores de gestión, la administración de riesgos y los mecanismos institucionales de información y comunicación, sin evidenciar situaciones que comprometan de manera significativa la efectividad del Sistema de Control Interno.

Como resultado del ejercicio auditor, la Oficina de Control Interno destaca las siguientes fortalezas identificadas durante la evaluación:

- ✓ Adecuada organización y disponibilidad de la documentación que soporta la gestión del proceso.
- ✓ Elaboración periódica de informes de gestión que permiten realizar seguimiento al comportamiento de los diferentes componentes del SIAU y facilitan la toma de decisiones.
- ✓ Funcionamiento permanente de los comités institucionales, evidenciado mediante actas que reflejan el análisis, seguimiento y adopción de compromisos frente a los temas tratados.
- ✓ Gestión organizada de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), con mecanismos de seguimiento y análisis orientados al mejoramiento continuo.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034 Versión: 04 Página: 43 de 44	

- ✓ Implementación de metodologías para la medición de la satisfacción de los usuarios y utilización de sus resultados como herramienta para fortalecer la prestación de los servicios.
- ✓ Consolidación de espacios de participación social mediante el funcionamiento de la Asociación de Usuarios, el desarrollo de actividades de capacitación y el relacionamiento con los diferentes grupos de interés de la zona de influencia.
- ✓ Seguimiento periódico a los indicadores de gestión y a la administración de riesgos, evidenciando articulación con la planeación institucional y el Sistema de Control Interno.
- ✓ Disposición permanente del equipo de trabajo para suministrar información, soportes y evidencias, facilitando el desarrollo de la auditoría y demostrando una adecuada cultura de autocontrol.

La Oficina de Control Interno expresa un reconocimiento al equipo del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU por el compromiso, la organización y la madurez evidenciada durante el desarrollo de la auditoría. La disponibilidad de soportes documentales, la adecuada conservación de los registros, la elaboración sistemática de informes, el desarrollo oportuno de los comités institucionales y el fortalecimiento permanente de los mecanismos de seguimiento reflejan un proceso consolidado, orientado al mejoramiento continuo y alineado con los principios de autocontrol, autorregulación y autogestión que sustentan el Sistema de Control Interno.

Las oportunidades de fortalecimiento identificadas durante la auditoría corresponden principalmente a aspectos relacionados con la estandarización documental y el fortalecimiento de algunos mecanismos de registro y trazabilidad. No obstante, el análisis integral de la evidencia permite concluir que estas situaciones no afectan la efectividad de los controles implementados ni comprometen el adecuado funcionamiento del proceso, razón por la cual se presentan como recomendaciones preventivas dirigidas a continuar fortaleciendo la gestión institucional, sin que se considere necesaria la formulación de un

— Salud Integral, Impacto Real —

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 44 de 44	

Plan de Mejoramiento derivado de la presente auditoría.

8.2 Concepto Final de Control Interno

Con fundamento en las verificaciones realizadas, la evidencia documental examinada y los resultados obtenidos durante la Auditoría Preventiva y de Fortalecimiento Institucional, la Oficina de Control Interno **emite un concepto favorable sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU**, al evidenciar que el proceso presenta un **alto nivel de madurez dentro del Sistema de Control Interno**, con controles razonablemente efectivos, mecanismos de seguimiento consolidados y una gestión orientada al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento continuo.

La evaluación permitió constatar que el proceso dispone de procedimientos formalmente implementados, registros suficientes y confiables, mecanismos de análisis y seguimiento, indicadores de gestión, administración de riesgos, espacios efectivos de participación social y una adecuada gestión de la información, aspectos que fortalecen la calidad de la atención al usuario y contribuyen al cumplimiento de la misión institucional.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno considera que el proceso SIAU constituye un referente de buenas prácticas de gestión dentro de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, destacando el compromiso de su equipo de trabajo con la transparencia, la calidad del servicio, el fortalecimiento permanente de los controles y la consolidación de una cultura institucional basada en el autocontrol y la mejora continua. Se invita al proceso a continuar evaluando las recomendaciones formuladas en el presente informe como oportunidades de fortalecimiento, en procura de mantener y elevar el nivel de desempeño y madurez alcanzado.



CARLOS ANDRÉS PUYO
Asesor de Control Interno

— Salud Integral, Impacto Real —