

Informe Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) SEGUNDO SEMESTRE (AÑO 2025)

Introducción

El presente Informe **Semestral de Atención** al Usuario corresponde al periodo comprendido entre los meses de **julio y diciembre de 2025**, y tiene como propósito dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de participación social en salud y gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF), de conformidad con lo establecido en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), la Ley 1755 de 2015, el Decreto 780 de 2016, la Resolución 256 de 2016 y demás disposiciones normativas aplicables.

Este informe consolida y analiza la información registrada durante el segundo semestre del año 2025 a través de los diferentes canales institucionales de atención, tales como atención presencial, buzones físicos, línea telefónica, correo electrónico y encuestas de satisfacción, con el fin de evaluar la gestión desarrollada, identificar los principales motivos de las PQRSF, verificar el seguimiento, trámite y cierre oportuno de cada caso, y realizar un análisis comparativo con el primer semestre del mismo año. De esta manera, se fortalece la toma de decisiones, el control interno y la rendición de cuentas institucional, garantizando una atención orientada a los principios de eficiencia, oportunidad, calidad y enfoque en el usuario.

Alcance

El presente informe analiza las PQRSF gestionadas durante el periodo julio–diciembre de 2025, considerando su clasificación, medios de recepción, tiempos de respuesta y áreas involucradas. Así mismo, incluye la evaluación del indicador de satisfacción del usuario y el seguimiento a las acciones de mejora, con el fin de fortalecer la gestión del Sistema de Atención al Usuario (SIAU).

Objetivo

Analizar la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (PQRSF) durante el segundo semestre del año 2025, mediante la comparación entre los dos últimos trimestres del 2025, evaluando la oportunidad en las respuestas, el comportamiento del indicador global de satisfacción, los mecanismos de participación social, las principales observaciones identificadas y las acciones de mejora implementadas, con el fin de fortalecer la calidad del servicio y la atención centrada en el usuario.

Fundamento Normativo

El presente informe se elabora en cumplimiento del marco normativo vigente que regula la participación social en salud, el derecho de petición y la atención al usuario, entre los cuales se destacan:

- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud.
- Ley 1755 de 2015 – Derecho Fundamental de Petición.
- Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- Resolución 256 de 2016 – Sistema de Información para la Calidad.
- Decreto 1757 de 1994 – Participación Social en Salud.
- Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba ☎

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 📞

esesanjeronimo.gov.co 🌐

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co ✉

Este marco normativo orienta la gestión institucional en materia de atención al usuario, garantizando el ejercicio efectivo de los derechos, la transparencia administrativa y la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

Canales de Atención Institucional

En la institución se encuentran diversos mecanismos para la recepción, trámite y seguimiento de las PQRSD (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias), con el propósito de garantizar el acceso oportuno y eficiente de los usuarios a los servicios de Atención al Usuario. Los canales habilitados son los siguientes:

- Atención presencial en oficinas administrativas (SIAU).
- Buzón físico ubicado en las diferentes áreas de la institución.
- Línea telefónica institucional y WhatsApp.
- Correo electrónico de Atención al Usuario pqrf@sanjeronimo.gov.co
- Encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios de diferentes servicios.

Estos canales permiten consolidar la voz del usuario y fortalecer los procesos de comunicación, participación y control social, para su respectivo seguimiento y respuesta conforme a los lineamientos establecidos.

Gestión de PQRSF

En el marco del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), se desarrolla la gestión integral de Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF), mediante el uso de los formatos institucionales de registro y los procedimientos definidos para su atención.

Toda manifestación recibida se tramita y se da solución en los términos establecidos por la normatividad vigente, buscando siempre:

- Brindar empatía y comprensión hacia la situación del usuario.
- Transmitir el compromiso institucional en la resolución oportuna del caso.
- Involucrar áreas de apoyo necesarias, de acuerdo con la naturaleza de la solicitud.

El Procedimiento de recepción y trámite de PQRSDF establecido comprende las siguientes etapas:

a. Recepción y registro

- El usuario diligencia el formato físico o digital.
- El formato se deposita en el buzón institucional o se entrega directamente en la oficina de Atención al Usuario o se envía al correo electrónico pqrf@sanjeronimo.gov.co.

b. Validación de la información

- El personal del SIAU verifica que los datos del usuario y la descripción del caso estén completos y claros.

c. Análisis y direccionamiento

- Se clasifica la PQRSDF según el tipo de solicitud y nivel de riesgo.
- Se determina el área responsable para la gestión y respuesta.

d. Comunicación al área responsable

- Se envía correo electrónico con copia del requerimiento al jefe del área involucrada, para dar inicio al trámite.

e. Respuesta del área

- El área responsable analiza la solicitud, emite respuesta formal y remite información a SIAU.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiónes, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

f. Elaboración de reporte y respuesta al usuario

- El SIAU consolida la información y genera la respuesta oficial.
- Se remite al usuario por el medio de contacto registrado, garantizando trazabilidad, seguimiento y cierre del caso.

Todo lo anterior, en cumplimiento de la normatividad vigente, a continuación, se presenta el análisis del segundo semestre del 2025, comparativo del primer y segundo semestre 2025, análisis de satisfacción al usuario 2025.

➤ **ANÁLISIS DE CONSOLIDADO PQRSF DEL SEGUNDO SEMESTRE 2025**

Durante el segundo semestre del año 2025, comprendido entre los meses de julio y diciembre, el proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) contó con un equipo conformado por un subgerente asistencial, tres trabajadoras sociales y dos auxiliares administrativos, quienes estuvieron a cargo de la gestión, seguimiento y respuesta de las PQRSF. En este contexto, se presenta el análisis consolidado de los resultados obtenidos, con base en los indicadores institucionales y las bases de seguimiento del periodo:

- **Número total de PQRSF recibidas en el semestre: 380 reportes** de 13.066 pacientes atendidos en la institución para el segundo semestre 2025, es decir que de los registros corresponden al 2,9%.
- **Clasificación por tipo de reporte:**

Tabla No. 01: Clasificación de PQRSF por tipo, II SEMESTRE 2025

MES DE REPORTE/ TIPO DE REPORTE	julio-septiembre 2025	octubre - diciembre 2025	TOTAL	PORCENTAJE
FELICITACIÓN	6	1	7	1,84%
PETICIÓN	102	124	226	59,47%
QUEJA	72	65	137	36,05%
RECLAMO	1	0	1	0,26%
SUGERENCIA	1	1	2	0,53%
DENUNCIA/TUTELAS	1	6	7	1,84%
TOTAL	183	197	380	100,00%
PORCENTAJE	48%	52%	100%	

Fuente: Base de datos institucionales

Como se evidencia en la tabla No. 01, Durante el segundo semestre de 2025 se registraron un total de 380 PQRSF, evidenciándose un incremento en el periodo comprendido entre octubre y diciembre donde se registró el 52% (197 casos) frente al periodo de julio a septiembre que registro el 48% (183 casos). Este comportamiento refleja un aumento progresivo en la utilización de los mecanismos institucionales por parte de los usuarios hacia el cierre del año.

En cuanto al tipo de reporte, las peticiones ocupan un 59,47% (226 casos), las quejas 36,05% (137 casos), consolidándose como las categorías más frecuentes en ambos periodos. En menor proporción, se registraron felicitaciones con un 1,84% (7 casos), lo cual refleja reconocimientos puntuales al servicio prestado. El mismo porcentaje (1,84%) correspondió a denuncias/tutelas (7 casos), de los cuales cuatro estuvieron relacionados con acciones de tutela interpuestas por usuarios con el fin de gestionar autorizaciones por parte de sus respectivas EPS para la realización de procedimientos en la institución; dos casos correspondieron a situaciones de carácter laboral con extrabajadores y uno a un requerimiento jurídico de historia clínica. Finalmente, las sugerencias representaron el 0,53% (2 casos) y los reclamos el 0,26% (1 caso), evidenciando una baja incidencia de estos tipos de reporte dentro del total gestionado.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

Estos resultados evidencian que el incremento de registros durante el último trimestre del semestre obedece principalmente al aumento en el número de peticiones. Al comparar ambos periodos, se observa que, aunque las quejas continúan siendo el segundo tipo de registro con mayor incidencia después de las peticiones, su número presentó una disminución en el último trimestre, lo cual refleja una mejora en algunos en la atención y resolución oportuna de las inconformidades de los usuarios.

- **Distribución por canal de recepción.**

Tabla No. 02: Clasificación de PQRSD por canales de recepción, II SEMESTRE 2025

PQRSD POR CANALES DE RECEPCION	julio-septiembre 2025	octubre - diciembre 2025	TOTAL	PORCENTAJE
BUZON FÍSICO	21	6	27	7%
CORREO ELECTRÓNICO	146	180	326	86%
PERSONAL/OFICINA	17	11	28	7%
TOTAL	183	197	380	100%

Fuente: Base de datos institucionales

En relación con los canales de recepción, se evidencia una marcada preferencia por el correo electrónico, el cual concentró el 86% del total de las PQRSD (326 casos), tanto en el periodo julio-septiembre como en octubre-diciembre (tabla No 02). Este comportamiento confirma la consolidación de los medios digitales como principal vía de comunicación con la institución. Por su parte, el buzón físico y la atención personal representaron cada uno el 7% del total, con una disminución en su uso durante los últimos meses del semestre. Esta distribución refleja una tendencia hacia la virtualización de los procesos, sin dejar de lado los canales presenciales como alternativas complementarias para los usuarios.

- **Clasificación según tipo de riesgo:**

Tabla No. 03: Clasificación de PQRSD por tipo de riesgo, II SEMESTRE 2025

PQRSD POR TIPO DE RIESGO	julio-septiembre 2025	octubre - diciembre 2025	TOTAL	PORCENTAJE
PETICION GENERAL	73	68	141	37%
TIPO DE RIESGO SIEMPLE	78	103	181	48%
TIPO DE RIESGO PRIORIZADO	25	23	48	13%
TIPO DE RIESGO VITAL	0	2	2	1%
NO APLICAN	7	1	8	2%
TOTAL	183	197	380	100%

Fuente: Base de datos institucionales

Respecto a la clasificación por tipo de riesgo, se evidencia que la mayor proporción de los registros corresponde al riesgo simple, con un 48% (181 casos), los cuales fueron gestionados dentro del tiempo establecido de hasta 72 horas en un 90% durante el tercer trimestre y en un 97% durante el último trimestre del año. Por su parte, las peticiones generales representaron el 37% (141 casos), con una oportunidad de respuesta inferior a 15 días en el 85% durante el tercer trimestre y en el 100% durante el cuarto trimestre, lo que refleja una mejora significativa en los tiempos de atención.

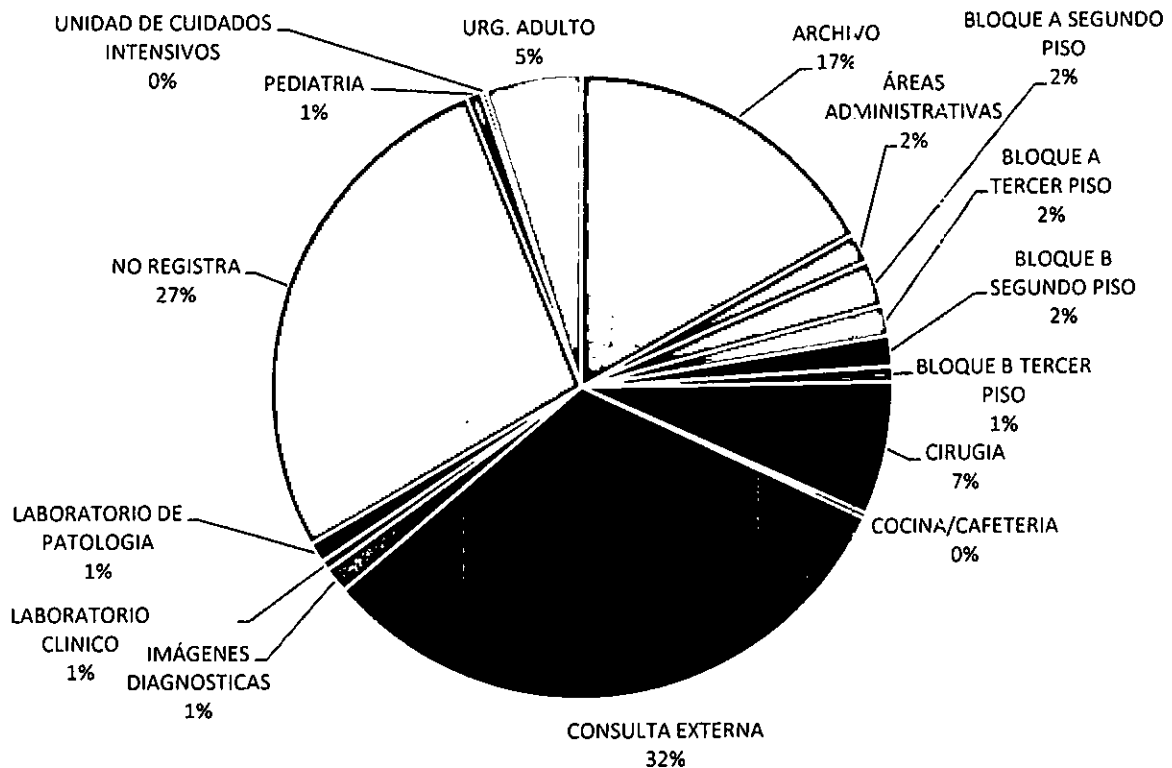
Así mismo, los casos clasificados como riesgo priorizado alcanzaron el 13% (48 registros), los cuales cuentan con un tiempo de respuesta establecido de hasta 48 horas, registrando un cumplimiento del 96% durante el tercer trimestre y del 91% en el último trimestre. Por su parte, los casos de riesgo vital fueron mínimos, con un

1% (2 casos) presentados durante el último trimestre, los cuales fueron atendidos en el 100% de los casos en menos de 24 horas, evidenciando un adecuado control de situaciones críticas.

Este comportamiento indica que la mayoría de las solicitudes y manifestaciones de los usuarios no representaron un riesgo alto para la seguridad del paciente, pero si requirieron una atención oportuna para prevenir su posible escalamiento. Adicionalmente, se evidencia un fortalecimiento en la gestión institucional, reflejado en la mejora progresiva de los procesos de seguimiento y cierre oportuno según el tipo de riesgo. En general, esta distribución demuestra una gestión orientada a la prevención, el monitoreo y la atención temprana de los eventos reportados.

- **Clasificación por servicios involucradas:**

Gráfica No. 01: Registros de casos por servicio II SEMESTRE 2025



Fuente: Sistema de información y atención al usuario.

Los resultados evidencian que Consulta Externa concentra el mayor porcentaje de registros (32%), lo que indica que este servicio continúa siendo el principal punto de contacto entre los usuarios y la institución, y, por tanto, el área con mayor demanda y generación de PQRSF. Le sigue la categoría "No registra" con el 27%, lo cual representa una proporción significativa de la cual el 100% corresponde a tipo de reporte a peticiones generales.

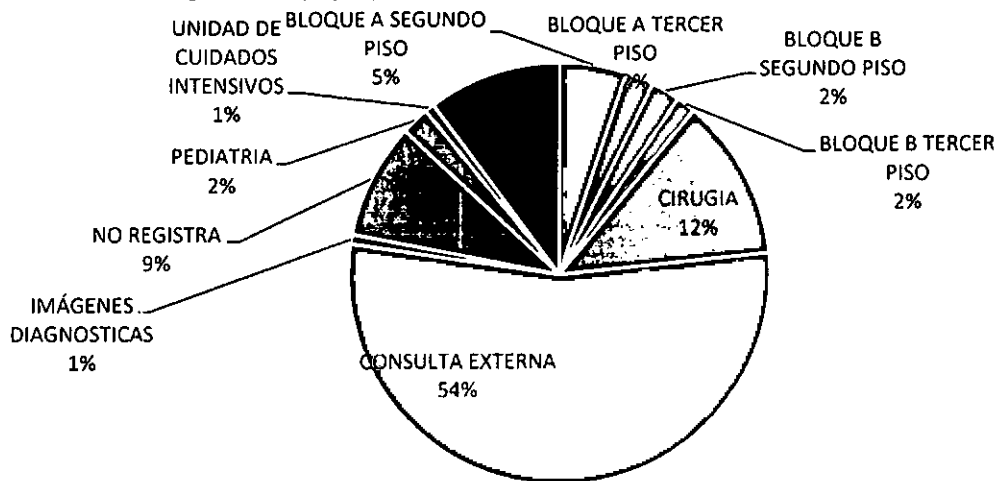
En tercer lugar, se encuentra el área de Archivo con el 17%, lo que sugiere dificultades recurrentes relacionadas con procesos de peticiones documentales, acceso a historias clínicas o trámites administrativos. Asimismo, Cirugía (7%) y Urgencias Adultos (5%) presentan porcentajes relevantes, asociados a procesos asistenciales críticos, lo que requiere un seguimiento permanente para garantizar la calidad y oportunidad en la atención.

Las demás áreas, como Pediatría, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas, Bloques hospitalarios y Áreas Administrativas, registran porcentajes bajos (entre 1% y 2%), lo que indica menor incidencia de reportes o una adecuada gestión en estos servicios. Por su parte, Unidades como UCI y Cocina/Cafetería no registran participación, lo cual puede interpretarse como bajo nivel de inconformidades o subregistro.

En general, la distribución refleja que los mayores focos de atención institucional deben centrarse en Consulta Externa, Archivo y Urgencias, así como en el fortalecimiento del registro adecuado de la información. Se recomienda implementar acciones orientadas a mejorar el diligenciamiento de los formatos, reforzar los procesos en las áreas con mayor incidencia y establecer planes de mejora específicos que permitan reducir la recurrencia de reportes y fortalecer la calidad del servicio.

- **Identificación de Motivos principales de las quejas por las áreas más representativas**

Gráfica No. 02: Registros de quejas por servicio II SEMESTRE 2025



Fuente: Sistema de información y atención al usuario.

El análisis de la gráfica evidencia que el servicio de **Consulta Externa** concentra el mayor porcentaje de quejas durante el segundo semestre 2025, con un 54% del total de los registros, se evidencia que el principal motivo de inconformidad de los usuarios durante el periodo analizado fue la **demora o retraso en la atención**, con al 85% del total de quejas, consolidándose como el factor de mayor impacto en la percepción del servicio. Este resultado refleja una afectación directa en la oportunidad de la atención, asociada principalmente a tiempos de espera prolongados, programación de citas y congestión del servicio. No obstante, resulta relevante destacar que, del 100% de las citas efectivamente realizadas en consulta externa, solo **aproximadamente el 0,5% derivan en la radicación de quejas**, lo que evidencia que, pese a las dificultades identificadas en el proceso de agendamiento, la gran mayoría de los usuarios logra acceder al servicio sin presentar inconformidades formales.

En menor proporción, se identifican otros motivos como la falta de información (4%), la falta de atención (2%), la mala atención del personal de apoyo (2%) y los problemas en el diagnóstico o tratamiento (2%), los cuales, aunque presentan una incidencia baja, evidencian oportunidades de mejora en los procesos de comunicación, orientación al usuario y calidad en la atención asistencial. De igual forma, los reportes relacionados con resultados adversos, situaciones administrativas y actitudes descorteses representan un 1% cada uno, lo que indica casos puntuales que requieren seguimiento individual.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

En **segundo lugar**, se encuentra el servicio de **Cirugía**, con un 12% de las quejas, donde se evidencia que el principal motivo de las quejas fue por la **demora o retraso en la atención** en un 82% (14 casos), seguida de situaciones administrativas con 12% (2 casos) y mejoras en la oportunidad de atención con 6% (1 caso). Estos resultados reflejan que la mayor inconformidad se relaciona con los tiempos de espera y la programación de los servicios. No obstante, al contrastar esta información con el total de 470 pacientes atendidos por el servicio durante el segundo semestre del 2025, se observa que las quejas representan únicamente el 3,6% de la atención prestada, lo cual evidencia un nivel general de satisfacción favorable y un adecuado desempeño del servicio, sin perjuicio de continuar fortaleciendo las estrategias orientadas a mejorar la oportunidad y eficiencia

En tercer lugar se ubican los registros que no especifican área 9%, en los cuales la inconformidad principal se da por **demora o retraso en la atención** con un 30% y la Unidad de Bloque A – Segundo Piso con un 5%. Otros servicios como Pediatría, Bloques B y A – Tercer Piso, Imágenes Diagnósticas y Unidad de Cuidados Intensivos presentan porcentajes bajos, entre el 1% y el 2%, lo que indica una menor incidencia de inconformidades. En conjunto, esta distribución refleja la necesidad de priorizar acciones de mejora en Consulta Externa y Cirugía, sin descuidar el fortalecimiento continuo de los demás servicios, con el fin de optimizar la calidad, oportunidad y satisfacción en la atención brindada.

En conclusión, el análisis evidencia que el principal motivo de las quejas durante el segundo semestre de 2025 se concentra en las demoras o retrasos en la atención, especialmente en el servicio de Consulta Externa, donde se origina más de la mitad de los registros, y en el servicio de Cirugía, consolidándose como el factor de mayor impacto en la percepción de los usuarios. Si bien la proporción de quejas frente al total de atenciones es baja y refleja un nivel general de satisfacción favorable, la recurrencia de este motivo señala la necesidad prioritaria de fortalecer los procesos de programación, asignación de citas y gestión de tiempos de espera, con el fin de mejorar la oportunidad del servicio, prevenir nuevas inconformidades y consolidar una atención más eficiente y centrada en el usuario.

➤ **Medición de la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud en la vigencia del cuarto trimestre del año 2025**

La satisfacción de los usuarios integra un **indicador clave de la calidad en los resultados**, entendida como el grado en que el Sistema de Salud responde a las expectativas de los usuarios frente a los servicios prestados. Para su medición, la E.S.E. aplica de manera institucionalizada una **encuesta de satisfacción**, diseñada como instrumento estándar para diferentes servicios y orientada a evaluar los componentes de: **Satisfacción Global, Proceso de Atención, Derechos y Deberes, Procesos Retroalimentación y Proceso de Administrativos**. Estos componentes permiten valorar integralmente la experiencia del usuario, consolidando información útil para el análisis, la toma de decisiones y el fortalecimiento de los procesos de calidad.

Durante el **segundo semestre de 2025**, la E.S.E. aplicó la encuesta de satisfacción de manera presencial y continua, garantizando una cobertura representativa y confiable de la percepción de los usuarios y sus acompañantes respecto a la calidad de los servicios prestados, el trato recibido, la oportunidad en la atención y las condiciones generales de la institución.

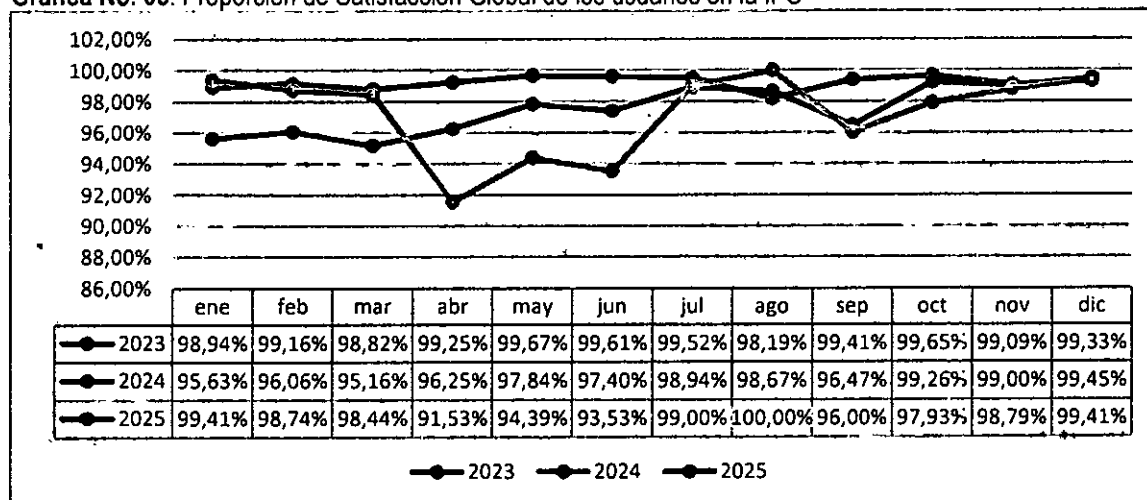
En cumplimiento de lo establecido en la Resolución 256 de 2016, mediante la cual se definen las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad y los indicadores destinados al monitoreo de la calidad en salud, a continuación, se presentan las gráficas correspondientes a la evaluación de los criterios de satisfacción del usuario aplicadas durante el cuarto trimestre de 2025.

Tabla No. 04: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS

AÑO/MES	META 2025	2023	2024	2025
ENERO	95%	98,94%	95,63%	99,41%
FEBRERO	95%	99,16%	96,06%	98,74%
MARZO	95%	98,82%	95,16%	98,44%
ABRIL	95%	99,25%	96,25%	91,53%
MAYO	95%	99,67%	97,84%	94,39%
JUNIO	95%	99,61%	97,40%	93,53%
JULIO	95%	99,52%	98,94%	99,00%
AGOSTO	95%	98,19%	98,67%	100,00%
SEPTIEMBRE	95%	99,41%	96,47%	96,00%
OCTUBRE	95%	99,65%	99,26%	97,93%
NOVIEMBRE	95%	99,09%	99,00%	98,79%
DICIEMBRE	95%	99,33%	99,45%	99,41%
TOTAL	95%	99,21%	97,46%	97,26%

Fuente: BASE DE DATOS INSTITUCIONAL.

Gráfica No. 03: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS



Fuente: Sistema de información y atención al usuario.

En relación con la meta institucional establecida para 2025 (95%), los resultados evidencian un cumplimiento sostenido y superior al objetivo trazado en la **Satisfacción Global de los usuarios**. El análisis comparativo interanual (2023-2025) muestra una tendencia de estabilidad en los niveles de satisfacción, con un desempeño global que se mantiene dentro del rango sobresaliente.

- En 2023 se alcanzó un promedio de 99,21%, reflejando un comportamiento óptimo y sin brechas significativas frente a la meta.

- En 2024, aunque se observó un aumento de 0,12 puntos porcentuales, el resultado promedio (97.46%) continuó por encima del estándar institucional.
- En 2025 durante, se registra un promedio de 97,26%, manteniendo la consistencia en el cumplimiento de los indicadores y evidenciando la sostenibilidad de la calidad percibida por los usuarios.

El cuanto al comportamiento del segundo semestre del 2025 se consolida una tendencia positiva, **con resultados que oscilan entre el 96% y el 100%**, reafirmando la confianza de los usuarios en los servicios prestados y el impacto positivo de las acciones implementadas para fortalecer la calidad, oportunidad y continuidad de la atención. En conjunto, estos resultados confirman que la institución no solo cumple, sino que supera de forma consistente la meta establecida, evidenciando una gestión orientada a la excelencia y a la mejora continua de la experiencia del usuario.

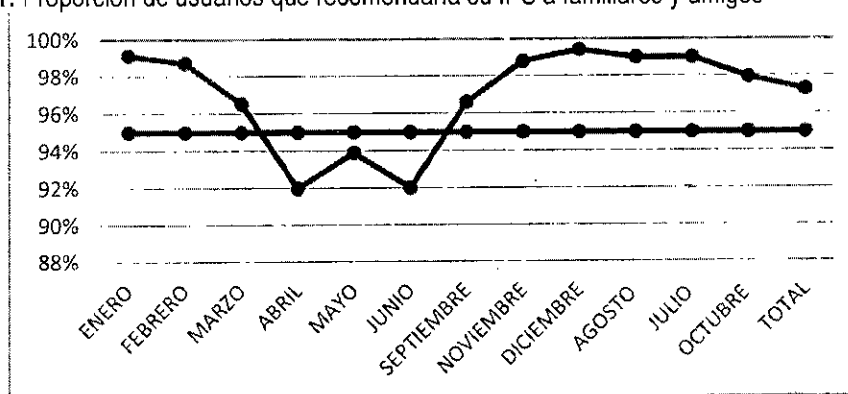
En conclusión, los resultados obtenidos en la medición de la Satisfacción Global de los usuarios evidencian un cumplimiento sostenido y superior a la meta institucional establecida para 2025 (95%), consolidando un desempeño sobresaliente a lo largo del periodo analizado.

Tabla No. 05: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

AÑO/MES	META 2025	2025
ENERO	95%	99,11%
FEBRERO	95%	98,71%
MARZO	95%	96,53%
ABRIL	95%	91,97%
MAYO	95%	93,89%
JUNIO	95%	92,00%
JULIO	95%	99,00%
AGOSTO	95%	99,00%
SEPTIEMBRE	95%	96,59%
OCTUBRE	95%	97,93%
NOVIEMBRE	95%	98,79%
DICIEMBRE	95%	99,41%
TOTAL	95%	97,26%

Fuente: Sistema de información y atención al usuario.

Gráfico No. 1: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos



Fuente: Sistema de información y atención al usuario.

El análisis consolidado del segundo semestre de 2025, que comprende el tercer y cuarto trimestre, evidencia una tendencia positiva y sostenida en los niveles de satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados por la institución. Durante el tercer trimestre, el indicador de confianza y disposición para recomendar a la institución alcanzó valores destacados entre julio y septiembre (99% y 96,59%), consolidando una percepción favorable de la calidad, oportunidad y trato recibido. Este comportamiento se mantuvo durante el cuarto trimestre, reflejando estabilidad en el cumplimiento de la meta institucional del 95% y reafirmando el fortalecimiento progresivo de la relación usuario–institución.

En cuanto al **proceso de atención**, ambos trimestres registraron niveles elevados de satisfacción. En el tercer trimestre, la calidad de la atención médica fue valorada positivamente en un 98% (66% buena y 32% muy buena), resultado que se mantuvo en el cuarto trimestre, donde igualmente el 98% calificó este componente como bueno o muy bueno. Asimismo, la oportunidad y agilidad en la atención presentó una mejora, pasando del 94% de percepción positiva en el tercer trimestre al 97% en el cuarto, lo cual evidencia avances en la eficiencia operativa y en la capacidad de respuesta institucional.

Respecto a la información brindada sobre los cuidados de la enfermedad, se observa estabilidad durante el semestre, manteniéndose en ambos periodos un 98% de valoración positiva (67% buena y 31% muy buena). De igual manera, el trato del personal asistencial mostró una evolución favorable, pasando de un 98% de percepción positiva en el tercer trimestre a un 98% en el cuarto, con un aumento significativo en la calificación "bueno" (del 64% al 87%), lo que refleja el fortalecimiento de las estrategias de humanización y atención centrada en el usuario.

En el **componente de derechos y deberes**, se evidenció una mejora significativa entre trimestres. Mientras que en el tercer trimestre el 98% calificó este aspecto como bueno o muy bueno, en el cuarto trimestre se mantuvo este porcentaje, pero con una mayor concentración en la categoría "bueno" (87%), lo cual demuestra el impacto positivo de las estrategias institucionales de divulgación, sensibilización y orientación. No obstante, la presencia de un 5% de percepción negativa en el último trimestre señala la necesidad de continuar reforzando las acciones pedagógicas y de visibilización.

La E.S.E. mantiene una divulgación permanente y accesible de los Derechos y Deberes, los cuales se encuentran visibles en todas las áreas de atención. Además, se desarrollan acciones continuas de sensibilización, socialización y orientación, tanto para usuarios como para la comunidad en general, promoviendo la apropiación de esta información y su práctica en los diferentes escenarios de atención.

Estrategias de divulgación implementadas:

- Realización de campañas y charlas educativas en los distintos servicios de la institución.
- Entrega de folletos informativos a los usuarios durante la atención.
- Publicación en carteleras institucionales ubicadas en zonas de alta circulación.
- Difusión constante a través de la página web institucional y redes sociales.

En conjunto, estas estrategias fortalecen la cultura de los derechos y deberes del usuario, promoviendo un ejercicio de atención más informado, participativo y coherente con los principios de calidad y humanización del servicio

En relación con el **proceso de retroalimentación**, durante el tercer trimestre se registró un 98% de valoración positiva, resultado que se mantuvo en el cuarto trimestre con un 98% igualmente favorable. Sin embargo, en el último periodo se identificaron percepciones negativas marginales (0,5%), lo que indica la importancia de fortalecer de manera permanente la claridad, oportunidad y adaptación de la información brindada al usuario y su familia, especialmente en contextos quirúrgicos y de hospitalización.

Finalmente, el componente de **proceso administrativo** evidenció una evolución favorable a lo largo del semestre. En el tercer trimestre, el 96% de los usuarios manifestó satisfacción positiva, mientras que en el cuarto trimestre este indicador se incrementó al 99%, reflejando mejoras en los tiempos de respuesta, orientación al usuario y eficiencia en los trámites institucionales.

En síntesis, el análisis comparativo del segundo semestre de 2025 evidencia una consolidación de la satisfacción del usuario, sustentada en la estabilidad de los indicadores, el fortalecimiento del talento humano, la mejora en la oportunidad de atención y el fortalecimiento de los procesos administrativos y comunicativos. Si bien los resultados reflejan un desempeño institucional favorable, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la profundización de las estrategias de información, educación al usuario y retroalimentación efectiva, con el fin de continuar fortaleciendo una atención integral, humanizada y centrada en las necesidades de la población usuaria.

Observaciones y Acciones de Mejora

- **Identificación de hallazgos**

Durante el segundo semestre de 2025 se evidenció un incremento en el número de PQRSF, principalmente en los meses de noviembre y diciembre, asociado al aumento en las peticiones. Se identificó una alta concentración de registros en Consulta Externa y Archivo, así como una dependencia significativa del correo electrónico como canal principal. El principal motivo de queja continúa siendo la demora en la atención, especialmente en Consulta Externa y Cirugía. No obstante, se destaca el alto cumplimiento en los tiempos de respuesta según el nivel de riesgo y los elevados niveles de satisfacción global.

- **Acciones correctivas implementadas**

Se fortalecieron los procesos de seguimiento y control de tiempos de respuesta, priorizando los casos según su nivel de riesgo. Se optimizó la gestión de peticiones generales, logrando el 100% de cumplimiento en el cuarto trimestre. Asimismo, se reforzaron las estrategias de divulgación de derechos y deberes, se promovieron acciones de humanización del servicio y se mejoró la articulación con las áreas involucradas para dar respuesta oportuna a las inconformidades.

- **Seguimiento a compromisos adquiridos**

La institución mantiene un seguimiento permanente a los compromisos establecidos en los planes de mejora, mediante el monitoreo de indicadores de oportunidad, satisfacción y cierre de casos. Este seguimiento ha permitido evidenciar avances en la gestión de PQRSF, mejora en los tiempos de respuesta y consolidación de una cultura institucional orientada a la calidad, la prevención de riesgos y la atención centrada en el usuario.

Conclusión

El análisis consolidado del segundo semestre de 2025 evidencia una gestión efectiva del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), reflejada en el adecuado manejo de las PQRSF, el cumplimiento mayoritario de los tiempos de respuesta según el nivel de riesgo y el mantenimiento de altos niveles de satisfacción por parte de los usuarios. Si bien se presentó un incremento en los registros durante los últimos meses del año, este comportamiento estuvo asociado principalmente al aumento en las peticiones, sin que ello

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería

Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454

esesanjeronimo.gov.co

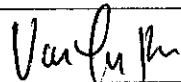
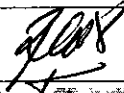
Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

representara un deterioro significativo en la calidad del servicio. Se identificó como principal motivo de inconformidad la demora en la atención, especialmente en Consulta Externa y Cirugía, lo cual constituye un eje prioritario de intervención institucional. No obstante, los resultados obtenidos en los indicadores de satisfacción, confianza y recomendación, superiores a la meta establecida, demuestran el compromiso institucional con la mejora continua, la humanización del servicio y la atención centrada en el usuario. En este sentido, la institución consolida una gestión orientada a la calidad, la eficiencia y la transparencia, con retos claros en materia de oportunidad y comunicación, que serán abordados mediante los planes de mejora establecidos.

Atentamente;



Dr. ROBERTO ANTONIO ARRAZOLA BERROCAL
Subgerencia Asistencial ESE HSJM

Firma 	Firma 
Elaboró	Aprobó
Nombre: valentina López Ruiz	Nombre: Dr. ROBERTO ANTONIO ARRAZOLA BERROCAL
Cargo: Trabajadora Social	Cargo: Subgerencia asistencia ESE HSJM