

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 1 de 20

FECHA			INFORME N°
DIA 10	MES 07	AÑO 2025	I-04

EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS PRIMER SEMESTRE 2025.

INTRODUCCION O FUNDAMENTO

La Oficina de Control Interno, con fundamento en lo señalado en la Ley 87 de 1993 y demás normas reglamentarias, llevó a cabo el seguimiento y evaluación del cumplimiento en cada uno de los canales de recepción de las PQRSD, evaluar el procedimiento e identificar las causas y acciones por las cuales se originan de acuerdo a lo reglamentado en la ley.

La Constitución Política establece en el artículo 23 el derecho fundamental de petición, el cual permite que toda persona presente peticiones a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta respuesta dentro de los términos legales.

Según lo dispuesto en el artículo 76, de la Ley 1474 de 2011, “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos. En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

La citada norma también señala que: “la oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular”. Con base en ello, se procede a realizar el presente informe semestral sobre el cumplimiento de la normatividad que rige la atención de las PQRSD del Instituto Departamental de Salud-IDS.

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA:

Verificar el cumplimiento del tratamiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones en cada uno de los procesos del IDS, controlando la oportunidad y permanencia en los términos de respuesta, como la evaluación de las causas que la han generado con su toma de decisiones, durante el periodo comprendido entre 1 de Enero a 30 de Junio del año 2025, con el fin de formular las recomendaciones a la Dirección y Responsables de los procesos, que con lleven al mejoramiento continuo de la Entidad.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Realizar verificación al Sistema de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, Denuncias y sugerencias de cada uno de los procesos del IDS, radicadas durante los meses de enero a junio de 2025, incluyendo la evaluación de Satisfacción al Cliente, y medidas tomadas por la Administración, ante las respuestas emitidas al ciudadano por fuera de los términos de ley.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 2 de 20

CRITERIOS O PARAMETROS NORMATIVOS

La evaluación y seguimiento se realizó con fundamento en las siguientes normas:

- Constitución Política de Colombia, artículo 23 “Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución...”
- Ley 1474 de 2011 artículo 76 “(...) La Oficina de Control Interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. (...)”
- Decreto 2641 de 2012 artículo 2: “Señálense como estándares que deben cumplir las entidades públicas para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 76 de la Ley 74 de 2011, los contenidos en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”
- Ley 1712 de 2014 artículo 24. Del derecho de acceso a la información; artículo 25 Solicitud de acceso a la información pública, artículo 26 Respuesta a solicitud de acceso a la información.
- Decreto 103 de 2015 artículo 16: Medios idóneos para recibir solicitudes de información pública, artículo 17, Seguimiento a las solicitudes de información pública, artículo 19 Contenido y oportunidad de las respuestas a solicitudes de acceso a información pública.
- Ley 1755 de 2015. Artículo 1º “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
- Decreto 124 de 2016: Por el cual se sustituye el Título IV de la Parte I del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, artículo Estrategias de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano.
- Decreto 1166 de 2016: Por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, Tratamiento y Radicación de las Peticiones presentadas verbalmente”

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 3 de 20

- Decreto 491 del 2020, Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas para la protección laboral y de los contratistas de prestación de servicios de las entidades públicas, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica- artículo 5 por el cual se da “Ampliación de términos para atender las peticiones”.

Fecha de inicio:

07 de julio de 2025.

Fecha de terminación:

10 de julio de 2025.

Lugar de realización:

Oficina de Control Interno de Gestión, avenida 0 calle 10 edificio Rosetal, Cúcuta, Norte de Santander.

3. LIMITACIONES:

Durante el proceso de evaluación y seguimiento a las PQRDS no se encontró ninguna limitación.

4. MUESTRA Y/O DOCUMENTACIÓN ANALIZADA (CRITERIOS):

Durante el proceso de evaluación y seguimiento se aplicó el método de muestreo no estadístico para el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio del 2025 en donde se realizó el seguimiento al proceso de cumplimiento del tratamiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias del Instituto Departamental de Salud, tomando como fuente principal la información detallada entregada por la oficina auditada.

5. DESARROLLO Y RESULTADO DE LA AUDITORIA:

EQUIPO AUDITOR

TITULO DE AUDITORIA	EQUIPO AUDITOR
EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS PRIMER SEMESTRE 2025.	José Fernando Parada Sosa

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 4 de 20

ANALISIS Y RESULTADOS:

Desarrollo de la auditoria

Para la elaboración del presente informe, se establece el proceso de gestión, seguimiento, evaluación, y se estructura su desarrollo, dando inicio al seguimiento por parte de la oficina de control interno a las PQRSD. Se solicita la base de datos y seguimiento del primer semestre de 2025, de los trámites realizados a las PQRSD por la oficina del SAC del IDS, siendo esta la fuente de información principal, junto con la página web institucional, Se procede a la verificación, inspección y análisis de la información solicitada con el fin de desarrollar el avance, acudiendo a la lista de chequeo elaborada.

1. Distribución mensual de las Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, recepcionadas en la Oficina de Servicio de Atención a la comunidad.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
MES	NºPQRSD	%
ENERO	513	15,50%
FEBRERO	390	11,78%
MARZO	780	23,56%
ABRIL	636	19,21%
MAYO	571	17,25%
JUNIO	420	12,69%
TOTAL	3310	100%

En la presente tabla se ve reflejado el número de casos atendidos durante el primer semestre del año 2025, correspondiente a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias que fueron recibidas y tramitadas, siendo marzo el mes más representativo con 780 casos que equivalen al 23,56% y el menor siendo el mes de febrero con 390 casos que equivale al 11,78% de la población atendida, teniendo como gran total de **3310 PQRSD recibidas y atendidas**.

2. Distribución total de las Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, instauradas contra las entidades de Salud.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
MES	NºPQRSD	%
PETICIONES	118	3,56%
QUEJAS	2947	89,03%
RECLAMOS	220	6,65%
DENUNCIAS	25	0,76%
TOTAL	3310	100%

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 5 de 20

De acuerdo con los servicios gestionados y trámites realizados de los casos recibidos, se tramitaron como quejas 2947 lo cual equivale al 89,03% de la población atendida, 118 se recibieron como peticiones lo que nos muestra un 3,56%, 220 se recibieron como reclamos lo que nos muestra un 6,65% y 25 denuncias que equivalen a 0,76% para un total de 3310 PQRD recibidas contra las entidades de salud del departamento.

3. Distribución de las PQRSD recibidas por competencia por parte de los Entes de Control, Alcaldías, veedurías de salud y/o usuarios del sistema. Correspondientes al primer semestre.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
ENTIDADES Y/O USUARIOS	QUEJAS	%
Alcaldías Municipales	178	5,38%
Comunidad (Usuarios del Departamento)	2397	72,42%
Contraloría Regional	17	0,51%
Defensoría Del Pueblo	12	0,36%
Ministerio de Salud y Protección Social	1	0,03%
Personerías Municipales	22	0,66%
Procuraduría Regional	381	11,51%
Superintendencia Nacional de Salud	267	8,07%
Veedurías de salud	29	0,88%
Otros	6	0,18%
TOTAL	3310	100%

De acuerdo a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias recibidas, durante el primer semestre del 2025, mediante los diferentes canales de atención, fueron recibidas de la siguiente forma; 2397 interpuestas por la comunidad, 381 remitidas por la Procuraduría Regional del departamento, 267 por parte de la Superintendencia Nacional de la Salud, 178 remitidas por las Alcaldías municipales de Norte de Santander, 29 por las Veedurías de Salud, 22 remitidas por las Personerías Municipales, 12 de la Defensoría del Pueblo, 1 remitidas por el Ministerio de Salud, 6 por otros, cada una de las quejas remitidas por los entes de control y los usuarios, fue manejada por la oficina del SAC del IDS, realizando el correspondiente tramite y envió de respuesta (solución) a los entes de control y a los usuarios, según el caso.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 6 de 20

4. Distribución de las Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trasladadas y/o tramitadas según competencia a oficinas del Instituto Departamental de Salud.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
DEPENDENCIAS DEL IDS	N. TRASLADOS INTERNOS	%
VIGILANCIA Y CONTROL	248	7,49%
PRESTACION DE SERVICIOS	36	1,09%
ATENCIÓN EN SALUD	20	0,60%
CRUE	7	0,21%
ASEGURAMIENTO	16	0,48%
POBLACIONES VULNERABLES	22	0,66%
SALUD PUBLICA	5	0,15%
SERVICIO ATENCION A LA COMUNIDAD	2940	88,82%
CONTROL DE MEDICAMENTOS	4	0,12%
RECURSOS HUMANOS	11	0,33%
OTROS	1	0,03%
TOTAL	3310	100%

De acuerdo con las PQRSRD recibidas en los diferentes canales de recepción de servicio de atención al ciudadano; 248 se trasladaron al subgrupo de vigilancia y control, 2940 fueron gestionadas y tramitadas a través de la oficina de servicio de atención a la comunidad, 20 Atención en salud, 16 aseguramiento, 5 salud pública, 7 al centro regulador de urgencias y emergencias CRUE, 22 poblaciones vulnerables, 36 quejas se trasladaron al subgrupo de prestación de Servicios, las cuales se recibieron a través del aplicativo Gestión PQRD Supersalud, siendo estos de población migrante (Venezuela) que el Hospital Erasmo Meoz recibe en su institución y reporta a la Supersalud como quejas contra el IDS, cabe resaltar que, en la mayoría de los casos, no se encontró solicitud realizada por el Hospital Erasmo Meoz al Subgrupo prestación de Servicios, lo cual se pudo evidenciar en las respuestas emitidas por Prestación de Servicios del IDS y debidamente adjuntas al aplicativo de la Supersalud.

5. Distribución correspondiente según el grupo poblacional de los usuarios atendidos a través de la oficina Servicio de atención a la comunidad.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 7 de 20

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
CATEGORIZACION DE LA POBLACIÓN	N° PQRD	%
POBLACION CON DISCAPACIDAD	148	4,47%
POBLACION GESTANTE	15	0,45%
POBLACION LACTANTE	4	0,12%
NIÑOS INFANTES, ADOLESCENTES	180	5,44%
ADULTOS	1357	41,00%
ADULTO MAYOR	1437	43,41%
VICTIMA DEL CONFLICTO	4	0,12%
POBLACION MIGRANTE (VENEZUELA)	127	3,84%
POBLACION CARCELARIA	1	0,03%
POBLACION LGTBI	2	0,06%
N/A	35	1,06%
TOTAL	3310	100%

En la presente tabla se representan las peticiones, quejas, reclamos y denuncias, distribuidas según el grupo poblacional. De las 3310 recepcionadas, 1437 casos corresponden a usuarios mayores de 60 años correspondientes al grupo de adulto mayor, también encontramos el grupo adultos 1357 (19 – 59 años) con personas atendidas, 180 del grupo Niños Infantes y adolescentes, 127 población migrante y 148 población con discapacidad casos entre otros, durante el I semestre de 2025.

6. Distribución de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias recibidas según el género.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
GENERO	N. USUARIOS	%
FEMENINO	1756	53,05%
MASCULINO	1520	45,92%
N/A	32	0,97%
LGTBI	2	0,06%
TOTAL	3310	100%

La anterior tabla hace referencia al número de casos atendidos según el género, de los cuales 1756 son del grupo femenino que equivale a un 53,05% de la población atendida, 1520 al masculino para un porcentaje de 45,92%, 2 al LGTBI y 32 en N/A, de las 3310 quejas recibidas.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 8 de 20

7. Distribución total de peticiones, quejas reclamos y denuncias contra las entidades de salud.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
ENTIDADES DE SALUD	N° PQRD	%
EPS, REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	2713	81,96%
REGIMEN ESPECIAL	48	1,45%
PRESTACION DE SERVICIOS (PPNA)	122	3,69%
IPS	298	9,0%
ESES	106	3,20%
OTRAS	23	0,69%
TOTAL	3310	100%

Se informa cuantas PQRD se registraron durante el primer semestre del año 2025, contra las instituciones de salud ante la oficina del SAC del Instituto Departamental de Salud; EAPB del régimen Contributivo y Subsidiado con 2713 casos, entidades de Régimen especial 48, IPS con 298, las Eses con 106 y otras con 23 casos.

8. Distribución total de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias contra las EAPB.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
EAPB CON PQRD	N° PQRD	%
COMFAORIENTE EPS	130	4,79%
COMPENSAR EPS	10	0,37%
COOSALUD EPS	533	19,65%
NUEVA EPS	1358	50,06%
SALUD TOTAL	5	0,18%
OTRAS EPS FUERA DEL DPTO	3	0,11%
SANITAS EPS	674	24,84%
TOTAL	2713	100%

De acuerdo a las PQRSD recibidas en los diferentes canales de recepción de servicio de atención al ciudadano; fueron según la EAPB de afiliación recibidas así: 1358 usuarios de la NUEVA EPS interpusieron una queja y esta representa un 50,06% de la población atendida, 533 usuarios de COOSALUD EPS interpusieron una queja y esta representa un 19,65% de la población atendida,

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 9 de 20

674 usuarios de SANITAS EPS interpusieron una queja y esta representa un 24,84% de la población atendida, 130 usuarios de COMFAORIENTE EPS interpusieron una queja y esta representa un 4,79% de la población atendida, 10 usuarios de COMPENSAR EPS interpusieron queja y esta representa un 0,37%, y 3 usuarios de otras EPS de otros departamentos interpusieron queja y esta representa un 0,11 y el restante de PQRSD recibidas por los diferentes canales fueron gestionadas y tramitadas a través de la oficina de Servicio de Atención a la Comunidad.

9. Distribución total de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias contra las IPS.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
IPS Y ESES CON PQRD	N° PQRD	%
CLINICA SANTA ANA	31	7,67%
UBA VIHONCO	12	2,97%
CLINICA MEDICAL DUARTE	65	16,09%
IPS NORDVITAL	5	1,24%
IPS GASTROQUIRURGICA	8	1,98%
CLINICA SAN DIEGO	27	6,68%
CLINICA LOS ANDES	6	1,49%
CLINICA OFTAMOLOGICA PEÑARANDA	34	8,42%
ESE HOSPITAL ERASMO MEOZ	46	11,39%
ESE EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	13	3,22%
OTRAS	89	22,03%
CLINICA SAN JOSE	15	3,71%
CLINICA HOUSE	4	0,99%
IPS CIADE	5	1,24%
CLINICA CANCEROLOGICA	7	1,73%
CLINICA MEDICO QUIRURGICA	5	1,24%
IPS SANITAS	2	0,50%
IPS NEUROCOOP	2	0,50%
IPS MEDCARE	2	0,50%
IPS ECOIMAGEN	3	0,74%
IPS URONORTE	5	1,24%
IPS SANAMEDIC	3	0,74%
IPS DENTIX	3	0,74%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 10 de 20

IPS MEDICUC	2	0,50%
ESE HOSPITAL MENTAL	1	0,25%
ESE IMSALUD	2	0,50%
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	3	0,74%
ESE CHINACOTA	2	0,50%
ESE HOSPITAL DE LOS PATIOS	2	0,50%
TOTAL	404	100%

Según el cuadro de las PQRSB recibidas en los diferentes canales de recepción de servicio de atención al ciudadano; fueron según la IPS prestadora del servicio recibidas así: 31 usuarios de la Clínica Santa Ana interpusieron una queja y esta representa un 7,67% de la población atendida, 65 usuarios de la Clínica Medical Duarte interpusieron una queja y esta representa un 16,09% de la población atendida, entre otras IPS relacionadas anteriormente durante el primer semestre vigencia 2025 y el restante de PQRSB recibidas por los diferentes canales fueron gestionadas y tramitadas a través de la oficina de Servicio de Atención a la Comunidad.

10. Distribución correspondiente a los motivos de queja, que se radicaron durante el primer semestre de 2025, a través de la oficina Servicio de atención a la comunidad.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
MOTIVO DE LA QUEJA	Nº PQRB	%
DEMORA EN LA AUTORIZACIÓN Y/O PROGRAMACIÓN DE CITAS CON MÉDICOS ESPECIALISTAS	553	16,71%
DEMORA EN LA AUTORIZACIÓN Y/O PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS (CIRUGÍAS, BIOPSIAS, PROCEDIMIENTOS, ETC)	251	7,58%
DEMORA EN LA AUTORIZACIÓN, PROGRAMACIÓN Y ENTREGA DE EXÁMENES	78	2,36%
DEMORA EN LA AUTORIZACIÓN Y/O PROGRAMACIÓN DE TERAPIAS	33	1,00%
DEMORA EN LA AUTORIZACIÓN Y NO ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS	1608	48,58%
DEMORA EN TRASLADOS A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD	71	2,15%
INCUMPLIMIENTOS A FALLOS DE TUTELA	171	5,17%
QUEJAS CONTRA PROFESIONALES DE LA SALUD	4	0,12%
PROBLEMAS DE ASEGURAMIENTO	34	1,03%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 11 de 20

DEFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS: (CASOS DE MUERTE, ATENCIÓN MEDICA INADECUADA)	61	1,84%
PROCESOS ADMINISTRATIVOS INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN	19	0,57%
QUEJAS CONTRA IPS POR INCUMPLIMIENTO O DEFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	72	2,18%
REEMBOLSOS	5	0,15%
INCUMPLIMIENTO EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA	27	0,82%
VIÁTICOS	39	1,18%
INCAPACIDADES	11	0,33%
INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE HISTORIAS CLÍNICAS	18	0,54%
NEGLIGENCIA MEDICA	30	0,91%
RECLAMACIONES POR ATENCIONES PACIENTE SOAT	79	2,39%
CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD	19	0,57%
PORTABILIDAD	3	0,09%
OTROS MOTIVOS	123	3,72%
TOTAL	3310	100%

En la presente tabla observamos los motivos por los cuales se recibieron peticiones, quejas, reclamos y denuncias. De las 3310 recepcionadas, 553 usuarios manifestaron su inconformidad por la demora en la autorización y/o programación de citas con médicos especialistas lo que equivale al 16,71% de la población atendida, 1608 usuarios se quejaron por la demora en la autorización y/o no entrega oportuna de medicamentos, 251 por la demora en la autorización y/o programación de procedimientos médicos (cirugías, biopsias, etc.), 61 quejas por deficiencia en la prestación de servicios: (casos de muerte, atención medica inadecuada) las cuales se trasladaron por competencia a la oficina de Vigilancia y Control, así mismo se hizo traslado a esta dependencia de 72 quejas contra IPS por incumplimiento en la prestación de servicios y 79 quejas por reclamaciones en atenciones SOAT.

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 12 de 20

11. Canales utilizados para la radicación de las PQRS

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
CANALES DE ATENCION IDS	Nº DE ATENCIONES	%
APLICATIVO SUPERSALUD	254	7,67%
CORREOS ELECTRÓNICO DEL SAC	1430	43,20%
VENTANILLA CORRESPONDENCIA	25	0,76%
TELEFONO	39	1,18%
PRESENCIAL OFICINA SAC	1554	46,95%
PAGINA WEB	8	0,24%
TOTAL	3310	100%

El anterior cuadro hace referencia a las rutas de acceso utilizadas para la radicación, trámite y gestión de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de los canales existentes. De las 3310 tramitadas, se recibieron 1430 por medio del correo electrónico de la oficina del SAC pqrsd@ids.gov.co, 1554 personas se acercaron a las oficinas que se encuentran ubicadas en el Edificio Rosetal primer piso, 254 por el aplicativo superargo de la Supersalud, así mismo se radicaron 25 a través del correo de correspondencia correspondencia@ids.gov.co y 39 se recibieron por la línea telefónica del IDS 5892105 ext. 120-180, estos canales se utilizaron según lo anterior de la vigencia primer semestre del 2025.

12. Distribución correspondiente a los municipios del departamento Norte de Santander, a los cuales pertenecen los usuarios que radicaron PQRS durante el primer semestre de 2025.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
MUNICIPIOS	Nº DE USUARIOS	%
ABREGO	127	3,84%
ARBOLEDAS	2	0,06%
BOCHALEMA	6	0,18%
BUCARASICA	2	0,06%
CACHIRA	8	0,24%
CACOTA	3	0,09%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 13 de 20

CHINACOTA	16	0,48%
CHITAGA	16	0,48%
CONVENCION	2	0,06%
CÚCUTA	2682	80,88%
DURANIA	3	0,09%
EL CARMEN	19	0,57%
EL ZULIA	5	0,15%
EL TARRA	38	1,15%
GRAMALOTE	6	0,18%
LABATECA	11	0,33%
LOS PATIOS	58	1,75%
OCAÑA	92	2,78%
PAMPLONA	62	1,87%
PAMPLONITA	2	0,06%
SANTIAGO	2	0,06%
SALAZAR DE LAS PALMAS	9	0,27%
SARDINATA	29	0,88%
SILOS	9	0,27%
TIBU	12	0,36%
PUERTO DE SANTANDER	2	0,06%
SAN CALIXTO	2	0,06%
SAN CAYETANO	3	0,09%
VILLA DEL ROSARIO	79	2,39%
VILLA CARO	2	0,06%
LA ESPERANZA	3	0,09%
HERRAN	1	0,03%
MUTISCUA	1	0,03%
TOLEDO	1	0,03%
TOTAL	3310	100%

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 14 de 20

Esta tabla hace referencia a los municipios que pertenecen los usuarios que radicaron Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias en la oficina Servicio de Atención a la Comunidad del IDS, el municipio con mayor número de quejas es Cúcuta con 2682 que equivalen al 80,88% de la población atendida, seguido por el municipio Abrego (127), Ocaña (92), villa del rosario (79), entre otros.

13.Estado de las Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, recepcionadas y tramitadas a través de la oficina del SAC y/o trasladadas por competencia primer semestre 2025.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025	
SOLICITUDES DE INFORMACION	Nº CANTIDAD
No. DE SOLICITUDES RECIBIDAS	225
No. DE SOLICITUDES QUE FUERON TRASLADADAS A OTRA INSTITUCION	0
TIEMPO DE RESPUESTA A CADA SOLICITUD	3 a 5 Días
No. DE SOLICITUDES EN LAS QUE SE NEGÓ EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	0

El anterior cuadro nos muestra las solicitudes de información recibidas a través del correo electrónico y página web del Instituto Departamental de Salud. De las 225 solicitudes de información recibidas por estos medios, se trasladaron 135 a la oficina de Recursos Humanos, 19 al subgrupo de Vigilancia y Control, 40 al grupo de Salud Pública, 20 a la oficina jurídica y 11 al grupo atención en salud, todas se solucionaron en un tiempo estimado de 3 a 5 días.

14.Estado de las peticiones, quejas reclamos y denuncias, recepcionadas y tramitadas a través de la oficina del SAC y/o trasladadas por competencia, durante el primer semestre del 2025.

PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2025		
TRAMITE	457	13,81%
CERRADAS	2853	86,19%
TOTAL	3310	100%

De las 3310 PQRDS recibidas en el primer semestre del 2025, se encuentran en trámite 457 y cerradas 2853 de la población atendida.

Lo anterior se presenta porque las entidades de salud a las que se remitieron aún no han dado respuesta a los oficios y requerimientos enviados desde el Instituto Departamental de Salud, los cuales han sido direccionados por competencia a la Supersalud y/o en otros casos, estas quejas se encuentran en análisis administrativo por parte de la oficina de Vigilancia y Control.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 15 de 20

Como se puede observar, de acuerdo con la cantidad de PQRSD presentadas por los usuarios del departamento Norte de Santander contra los actores del sistema de salud, se refleja un incumplimiento por parte de las EAPB e IPS a la (Ley 1751 de 2015) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

❖ **GESTION DE PQRS D**

El artículo 23 de la Constitución política de 1991, establece que toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales, este derecho fundamental se encuentra regulado a través de la Ley Estatutaria 1755 del 2015, la cual establece todas las reglas sustanciales y procedimentales que las entidades públicas deben tener en cuenta para el cumplimiento de este derecho.

Con base en los principios y reglas establecidos en la Constitución y la ley ut supra, se procederá a realizar las observaciones y recomendaciones relativas a las gestiones de PQRS D en el IDS y el cumplimiento de la normatividad.

❖ **REGLAMENTO INTERNO PARA LA GESTION DE LAS PETICIONES Y QUEJAS RECIBIDAS**

El IDS cuenta con la resolución 5417 del 2017, mediante la cual se reglamentó lo sucesivo a la gestión de las peticiones, quejas y reclamos, atendiendo a lo establecido por el artículo 23 de la Constitución, a la ley 1755 del 2015 y demás normas concordantes.

❖ **INFORMACIÓN A LOS CIUDADANOS LOS MECANISMOS A TRAVÉS DE LOS CUALES PUEDEN HACER SEGUIMIENTO A SUS PETICIONES**

Revisado el reglamento interno del IDS sobre peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, se pudo evidenciar que ya se encuentra establecido respecto a los mecanismos a través de los cuales pueden hacer seguimiento a sus peticiones, de igual forma, se observa que a través del sistema de radicación de PQRS D de la página web del instituto, se asigna un número de radicado y las formas de hacer seguimiento a la petición presentada.

❖ **FORMULARIO EN LA PÁGINA WEB PARA LA RECEPCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS**

El IDS cuenta con un sistema de gestión de PQRS D a través de su página web la cuales, de fácil acceso y manejo, además, se definen cada una de las acciones que los ciudadanos pueden presentar por este medio y se informa la dependencia encargada de dar trámite a dichas acciones.

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 16 de 20

Los datos que se solicitan son los permitidos por la ley 1755 del 2015, necesarios para tramitar las PQRSD y permite adjuntar archivo hasta de 5MB, así mismo, se informan los términos y condiciones para el uso de los datos y le permite al usuario aceptar dichos términos.

Mediante la página web en la pestaña de PQRSD se crea un usuario con su respectiva contraseña o se puede también realizar de forma anónima en lo cual por cualquiera de las dos formas se radica su solicitud y se genera un número de radicado con el fin de que el interesado pueda hacer seguimiento en línea a la petición presentada.

❖ **MECANISMOS PARA DAR PRIORIDAD A LAS PETICIONES RELACIONADAS CON: EL RECONOCIMIENTO DE UN DERECHO FUNDAMENTAL, PETICIONES PRESENTADAS POR MENORES DE EDAD, PETICIONES PRESENTADAS POR PERIODISTAS.**

Del análisis realizado a la resolución 5417 del 2017, se observa que el artículo 22 numeral 4 establece una categorización de PQRSD dependiendo si esta es interna o externa y en caso de ser externa o dirigida contra una entidad prestadora del servicio de salud y si la misma tiene relación con el derecho fundamental a la salud específicamente.

Sin embargo, se observó que no se establecen mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con otros derechos fundamentales o presentadas por menores de edad o periodistas conforme lo señala el artículo 20 de la ley 1755 del 2015.

Ahora, si bien en la resolución no se establece mecanismos al respecto, se debe resaltar de la información suministrada por la oficina del SAC, que dicha dependencia prioriza la atención y respuesta de peticiones presentadas por este tipo de población y cuando se busca salvaguardar derechos fundamentales por tratarse de tramites donde se encuentra en inminente amenaza el derecho a la salud, vida e integridad.

El documento «Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2» adoptado mediante el Decreto 1081 de 2015, señala que se debe “Incorporar en el reglamento interno de mecanismos para dar prioridad a las peticiones presentadas por menores de edad y aquellas relacionadas con el reconocimiento de un derecho fundamental” (p. 36), por lo que se hace necesario la modificación de la Resolución 5417 de 2017 para su actualización, con base en las políticas de desempeño institucional de atención al ciudadano y mejora normativa.

❖ **MECANISMOS PARA RECIBIR Y TRAMITAR LAS PETICIONES INTERPUESTAS EN LENGUAS NATIVAS O DIALECTOS OFICIALES DE COLOMBIA, DIFERENTES AL ESPAÑOL.**

Del análisis realizado a la resolución 5417 del 2017, se observó que el artículo 7 parágrafo 1° establece los mecanismos para dar trámite a las peticiones presentadas por usuarios en otra lengua nativa o dialecto oficial, para ello el usuario deberá presentar la petición a través de la ventanilla única de correspondencia o de la dependencia correspondiente y lo hará de manera verbal con el objeto de grabar mediante los medios tecnológicos o electrónicos que se disponga y posteriormente traducirlo y dar una respuesta. El funcionario deberá dejar constancia de la recepción de la petición.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el IDS no cuenta con un intérprete de lenguas nativas de manera permanente en ninguna de sus dependencias.

Es de resaltar que las entidades públicas deben implementar estos mecanismos con el objeto de cumplir con lo establecido en la ley 1381 del 2010, aunado a ello, el IDS es una entidad que forma

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 17 de 20

parte de aquellas entidades que vigilan y controlan el servicio de salud, por lo que la responsabilidad de dar cumplimiento a la norma ibídem, adquiere un valor reforzado frente a otras entidades. Así mismo, los Protocolos de Servicio al Ciudadano del DAFP (2017), señalan que se debe brindar atención a los grupos étnicos minoritarios identificando si la persona puede comunicarse en español, o si necesita intérprete y, en este último caso, si no tiene un acompañante que hable español, debe pedírsele a la persona que explique con señas la solicitud o entregue los documentos, con el objeto de revisarlos y comprender cuál es la solicitud o trámite que requiere, de igual forma, en el evento de no ser posible la comunicación, se le indicará que deje por escrito la solicitud o se procederá a grabar su petición, para solicitar el apoyo técnico del Ministerio de Cultura para que sirva de enlace en la búsqueda y designación de un intérprete para atender el requerimiento. (p. 11)

Con base en la información extraída los Protocolos de Servicio al Ciudadano del DAFP (2017), se puede determinar que el Decreto 1166 de 2016 estableció en el artículo 2.2.3.12.9 que las personas que hablen lengua nativa o dialecto oficial en Colombia podrán presentar peticiones verbales ante cualquier autoridad en su lengua o dialecto y por su parte las Autoridades deben habilitar los mecanismos para garantizar la debida atención y proceder a su traducción y respuesta. Para dar cumplimiento a la normativa mencionada, a continuación, se establece el procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua:

Para la atención de requerimientos efectuados por un pueblo o comunidad indígena en idioma diferente al castellano, se deben realizar los siguientes pasos:

- 1) Si la persona no puede comunicarse en castellano, se le debe solicitar que exprese su petición en forma escrita o verbal grabando su petición en la lengua nativa.
- 2) Se debe proceder a identificar la región de la que proviene el peticionario, para de ese modo establecer el pueblo o grupo étnico al que pertenece.
- 3) La grabación o manuscrito debe enviarse al Grupo de Gestión Documental, quien se encargará de su radicación a través del sistema dispuesto por la entidad, asignando la Dirección encargada de dar trámite a la petición.
- 4) La Dirección asignada deberá solicitar al Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional que inicie los trámites ante el Ministerio de Cultura a fin de obtener el apoyo técnico.
- 5) El mencionado Ministerio designará el traductor escogido de la lista elaborada para tal fin e indicará los honorarios, los que serán acordados entre la entidad y el traductor.
- 6) Asignado el traductor y establecidos los honorarios y una vez se obtenga la traducción del documento se enviará al área responsable de la respuesta.
- 7) La respuesta se enviará al Ministerio de Cultura para que se efectúe el trámite de traducción y culminado, se procederá a su remisión al peticionario.

Se observa la necesidad de que el IDS implemente este procedimiento, con el objeto de dar cumplimiento a las políticas de desempeño institucional de atención al ciudadano y acceso a la información.

	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 18 de 20

❖ **MECANISMOS PARA RECIBIR Y TRAMITAR LAS PETICIONES INTERPUESTAS POR PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTO MAYOR, MUJERES GESTANTES, PERSONAS DE TALLA BAJA Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO.**

Tanto la normatividad vigente ya citada en el marco legal de este informe, como también los Protocolos de Servicio al Ciudadano del DAFP (2017), la política de desempeño institucional de atención al ciudadano del MIPG, establecen la necesidad y obligatoriedad para todas las entidades públicas de implementar la atención preferencial, prioritaria y con un enfoque diferencial, para todas las personas con discapacidad, mujeres gestantes, adultos mayores, personas de talla baja y víctimas del conflicto armado.

En el caso de los adultos mayores o mujeres embarazadas, una vez entran a la sala de espera, el servidor público del Grupo de Atención al Ciudadano Institucional, debe dar prelación en su atención y serán atendidos sin que estos tengan que esperar.

Para atención de personas de talla baja, se debe buscar la forma de que su interlocutor quede ubicado a una altura adecuada para hablar y tratar al ciudadano según su edad cronológica; es común tratar a las personas de talla baja como niños, lo cual no es correcto.

Para el caso de la atención a personas en situación de vulnerabilidad (víctimas de la violencia, a los desplazados y a las personas en situación de pobreza extrema). Debe incorporarse actitudes que reconozcan su derecho a la atención y asistencia humanitaria, escucharlos atentamente y orientar sin mostrar prevención hacia el interlocutor, para evitar mayores traumatismos y dignificar a una persona que ha sufrido situaciones extremas, por último, en cuanto la atención de las personas en condición de discapacidad recibirá una atención especial en cuanto al turno de llegada, y se deben tener en cuenta las siguientes reglas generales:

- ✓ Conocer las diferentes condiciones de discapacidad.
- ✓ No tratar a las personas adultas con discapacidad como si fueran niños. Hay que evitar comportamientos inadecuados para el trato de las mismas.
- ✓ Mirar al ciudadano con naturalidad y no hacer comentarios imprudentes o que los incomode.
- ✓ Antes de llevar a cabo cualquier acción de ayuda pregunte: “¿Desea recibir ayuda? ¿Cómo desea que le colabore?”.
- ✓ Cuando la persona lleve un acompañante, debe ser la persona con discapacidad la que indique si ella realizará la gestión directamente o prefiere que lo haga su acompañante.
- ✓ Verificar siempre que la información dada ha sido comprendida; solicitar retroalimentación y, de ser necesario, repetir la información en un lenguaje claro y sencillo, teniendo en cuenta lo dispuesto en la guía de lenguaje claro para servidores públicos de Colombia y lo señalado en el documento denominado “10 pasos para comunicarse en lenguaje claro:», elaborados por el Departamento Nacional de Planeación DNP” y lo dispuesto en el Manual de Atención al Ciudadano del IDS.

RECOMENDACIONES:

La Oficina de Control Interno de Gestión en base a la información analizada y presentada anteriormente, efectúa algunas recomendaciones con el fin de mejorar la oportunidad en las respuestas de los derechos de petición recibidos en el IDS:

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 19 de 20

- Fomentar campañas de información y sensibilización al interior de la entidad a los funcionarios de todos los niveles de la misma acerca del compromiso, responsabilidad y obligación legal que tienen los funcionarios públicos para dar trámite y respuesta a los derechos de petición en los términos dispuestos por ley, con el fin de evitar consecuencias legales, administrativas y disciplinarias en las que pueden verse involucrados.
- Se recomienda capacitar al talento humano del IDS, en atención preferencial, prioritaria y con un enfoque diferencial de los grupos poblacionales que, por su condición de vulnerabilidad, étnica, física o mental, requieren una atención conforme a sus necesidades especiales y bajo los apoyos razonables, ello, con el objeto de cumplir con la normatividad que regula la atención de esta población y, la política de atención al ciudadano de MIPG.
- Se reitera la implementación de un sistema de turnos que permita tener mayor control de la atención presencial de los ciudadanos.
- Se recomienda ejercer controles más rigurosos sobre los tramites de las PQRDS, desde el momento de su radicación, asignación y tramite; así como contemplar la aplicación de las medidas disciplinarias pertinentes sobre los trabajadores que tienen a su responsabilidad estos procesos y que no cumplen de manera oportuna con los procesos que permitan brindar una respuesta a tiempo, y evitar consigo riesgos institucionales.

NO CONFORMIDADES:

Requisito de la norma

Durante el proceso de auditoría y seguimiento, de acuerdo con la verificación de la información suministrada por parte del equipo auditado, se pudo establecer que:

- La oficina del SAC (Servicio de Atención a la Comunidad) del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander no presentó incumplimiento de los criterios evaluados.

OBSERVACIONES GENERALES:

- ❖ La oficina del SAC realiza atención preferencial a la población con discapacidad, se encuentra ubicado en el primer piso del edificio Rosetal, lo cual garantiza la accesibilidad de esta población, sin embargo, cabe resaltar que esta dependencia no cuenta con profesionales especializados en atención a la población con discapacidad visual, auditiva, Sordo ceguera y no se le ha brindado al personal, capacitación alguna para la atención preferencial, con un enfoque diferencial teniendo en cuenta las necesidades especiales de cada persona con discapacidad y realizándose los ajustes razonables en cuanto al talento humano.
- ❖ Si bien la oficina del SAC, brinda atención preferencial al adulto mayor, personas con discapacidad y madres gestantes y lactantes, dicha atención se da por orden de llegada, toda vez que, dicha dependencia no cuenta con un sistema de turnos que le permita simplificar la atención y racionalizar los trámites de cada usuario, lo cual puede dar lugar a que en aquellos casos donde el enfoque diferencial del usuario no es notoriamente visible, este no acceda a la atención preferencial.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	GESTION DE CONTROL INTERNO	Código: F-CI-IN05-03
	INFORME DE AUDITORIA	Fecha Aprobación: 30/11/2022
		Versión: 02
		Página 20 de 20

- ❖ Se observa que la oficina del SAC hace seguimiento trimestral de las PQRSD remitidas a las EPS e IPS, con el fin de verificar que estas cumplan con los términos de ley o en su defecto se informa a la Superintendencia de Salud.
- ❖ Se observa la importancia de capacitar al talento humano del IDS, en atención preferencial, prioritaria y con un enfoque diferencial de los grupos poblacionales que, por su condición de vulnerabilidad, étnica, física o mental, requieren una atención conforme a sus necesidades especiales y bajo los apoyos razonables, ello, con el objeto de cumplir con la normatividad que regula la atención de esta población y, la política de atención al ciudadano de MIPG.
- ❖ Se observa que, en cuanto a las peticiones relativas de acceso a la información pública, cuya competencia le corresponde al IDS, hubo cumplimiento en los términos de Ley.
- ❖ Se observa la necesidad de implementarse un sistema de turnos que permita tener mayor control en la atención presencial de los ciudadanos.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Como resultado de esta auditoría y seguimiento que propende por la mejora continúa de los procesos y de acuerdo a los criterios evaluados y fueron objeto de consulta por esta dependencia, se concluye que existe un cumplimiento parcial en el trámite y seguimiento de las pqrds radicado en el IDS.

De la misma manera, se considera conveniente recopilar más información, datos y documentación estructurando y efectuando seguimiento a estas con el fin de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en (MIPG) Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

La normatividad vigente que viene aplicando la oficina auditada en su proceso misional y conforme a su verificación corresponde a lo determinado en el marco legal por lo que se concluye que no existe normatividad diferente que se aplique en lo que tiene que ver con el proceso objeto de esta evaluación y seguimiento.

La revisión del procedimiento permitió verificar la efectividad y eficacia en el trámite de las diferentes PQRDS que llegan a la institución.

COMPROMISOS:

No se generó ningún tipo de compromisos en relación a la ejecución de las actividades de esta EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y DENUNCIAS Correspondientes al PRIMER SEMESTRE DE 2025.

ANA MILENA GONZALEZ SILVA
 ASESORA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION
 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER