

SUCURSAL	NEIVA
-----------------	--------------

FECHA	10 de Abril Del 2026
NOMBRE DEL INFORME:	Informe de Manifestaciones SIAU.
PRESENTADO POR:	Claudia Ximena Bahamón Galindo
CARGO:	Coordinadora SIAU

OBJETIVO DEL INFORME	Presentar el informe de seguimiento al procedimiento de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios atendidos en la Clínica Medilaser S.A.S sucursal Neiva durante el mes de marzo del año 2026.
-----------------------------	--

1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta informe de seguimiento al procedimiento de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios atendidos en la Clínica Medilaser S.A.S sucursal Neiva durante el mes de marzo del año 2026. Los datos aquí reportados, se obtuvieron de la recolección de información en la apertura de buzones, buzón de página web, correos electrónicos y trámites de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones.

La información consolidada para la elaboración de este informe, es adquirida a través del responsable de la oficina de atención al usuario conforme a lo documentado en el Manual De Atención Al Usuario.

La clínica Medilaser cuenta con un software para el proceso de radicación, gestión y envío de respuestas de PQR y comunicaciones en general dentro de la organización, para reemplazar procesos no automatizados que se llevan a cabo y mejorando la eficiencia en el flujo de información correspondiente a PQR y sus respectivas respuestas; el sistema logra integrar los diferentes canales de Atención al ciudadano en un único sistema de registro, seguimiento y gestión, garantizando la trazabilidad y acceso a consulta de la información en forma automatizada.

Se cuenta con un espacio en la página web principal para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad y de los cuales tengan conocimiento, así como sugerencia que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público.

Los mecanismos con que se cuenta para la recepción de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF) son:

- Página web: www.medilaser.com.co
- Formato Físico de PQRSF, [F-GC-376 MD] FORMATO REPORTE MANIFESTACIONES POR BUZON - V4
- Correo electrónico: siau.neiva@medilaser.com.co
- Buzones de sugerencias (37) que se encuentran ubicados por las diferentes sedes y servicios de la clínica distribuidos de la siguiente manera:

20 sede centro
 8 Sede Abner Lozano
 4 Sede La Toma
 5 Sede Myriam Parra

- Líneas telefónicas: celular 3164720237 y una línea fija 6088724100 ext. sede principal -1439-1128), sede Abner lozano 6088664566 ext. 8207 línea gratuita nacional 01 8000 932 370.

- 2 oficinas de atención al usuario de manera presencial, están ubicadas 1 en la sede Abner lozano y 1 en la sede centro.

A continuación, se presenta el comportamiento de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones PQRSF, así:

1. PQRSF radicadas por servicio marzo de 2026.

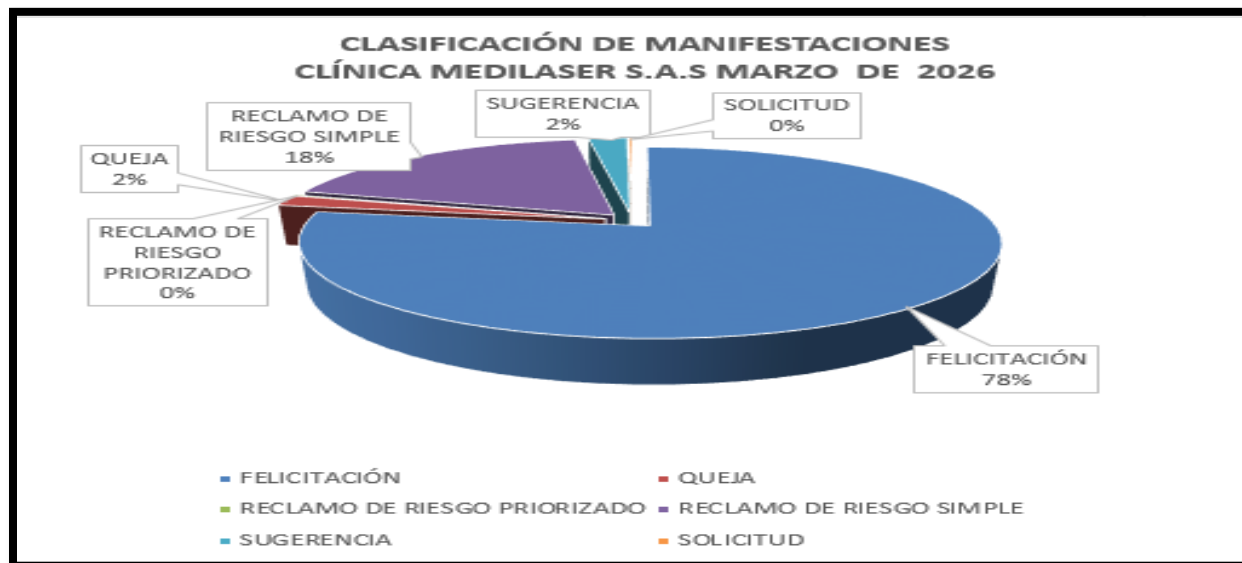
Para el mes de marzo de 2026 se radicaron en total 676 PQRSF, en los siguientes servicios de la Clínica Medilaser SAS

- Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización Zafiro, Hospitalización En Casa, Cirugía, 6 Piso, Hospitalización Rubí, 5 Piso, Resonancia Magnética, Urgencias Pediátrica, 4 Piso, Uci Cardiovascular, Hospitalización Premium, Rayos X, Uci General, Hospitalización Pediátrica, Hospitalización Gold, Uci Quirúrgica, 3 Piso, Central De Citas, Uci Pediátrica, Uci Neonatal, Orientación, Uci Intermedia, Hemodinamia, Administración, Camilleros, Gerencia, Tac, Orientador, Ecografía, Laboratorio Clínico, Facturación, Facturación, Unidad Renal, Oficios Generales, Atención Ambulatoria, Servicios Generales y Minutrición.

Distribución por sede:

Área de Origen	Cuenta de Área Origen
Clínica Medilaser Neiva Sede Abner Lozano	197
Clínica Medilaser Neiva Sede Ambulatoria la Toma	56
Clínica Medilaser Neiva Sede Centro	295
Clínica Medilaser Neiva Sede Myriam Parra	128
Total general	676

2. Comportamiento mensual de las PQRSF del mes de marzo 2026. De conformidad con la información suministrada por SIAU (Recepción y Registro) se presenta el siguiente comportamiento de las PQRSF de la clínica Medilaser, reportado de manera mensual en el formato físico de PQRSF y en la página Web de la Entidad.



Comportamiento de la PQRSF, mes de marzo de 2026. Información SIAU.

Esto evidencia que el mayor porcentaje de las comunicaciones recibidas corresponde a felicitaciones, lo que refleja un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios con la atención y los servicios prestados en las diferentes áreas de la Clínica Medilaser.

Le siguen los reclamos de riesgo simple, que representan el 18%, indicando oportunidades de mejora sin implicar situaciones críticas. Las quejas representan el 2%, las sugerencias el 2% y las solicitudes el 0%.

En general, se observa una tendencia positiva en la percepción de los usuarios, con una mayoría de manifestaciones favorables frente a las no conformidades.

3. Medios de Recepción En cuanto a los medios de recepción utilizados por los usuarios para interponer sus PQRSF, se tiene:

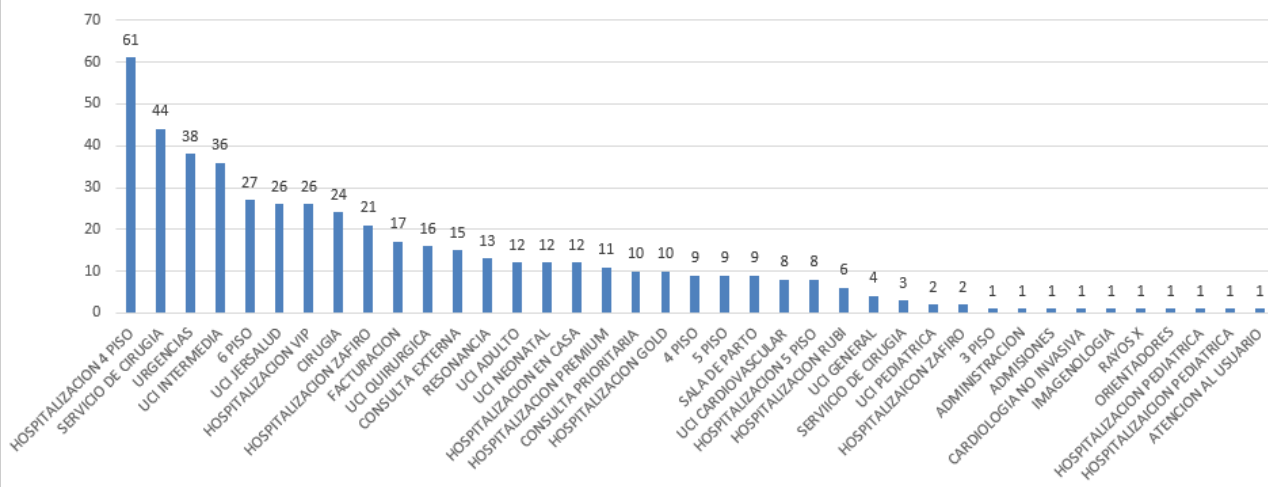
Fuente	Cuenta de Fuente
Buzón de Sugerencias	590
Email	44
Personal	25
Red Social	2
Telefónico	8
Web	7
Total general	676

El medio más utilizado por nuestros usuarios corresponde a los buzones de sugerencia, los cuales se encuentran distribuidos en los diferentes servicios de la clínica y en segundo lugar el correo certificado el cual se socializa en los diferentes medios y se entrega a los usuarios en las rondas realizadas diariamente por el personal de la oficina de atención y servicio al usuario.

La clínica cuenta con la estrategia llamada rondas SIAU, la cual se realiza semanalmente con la finalidad de indagar sobre la satisfacción de los servicios prestados en nuestra institución, y se aborda de manera inmediata los casos en los cuales el usuario manifieste inconformidad.

Trazabilidad De Las Felicitaciones Por Servicio marzo 2026

Trazabilidad De Las Felicitaciones Por Servicio Marzo 2026

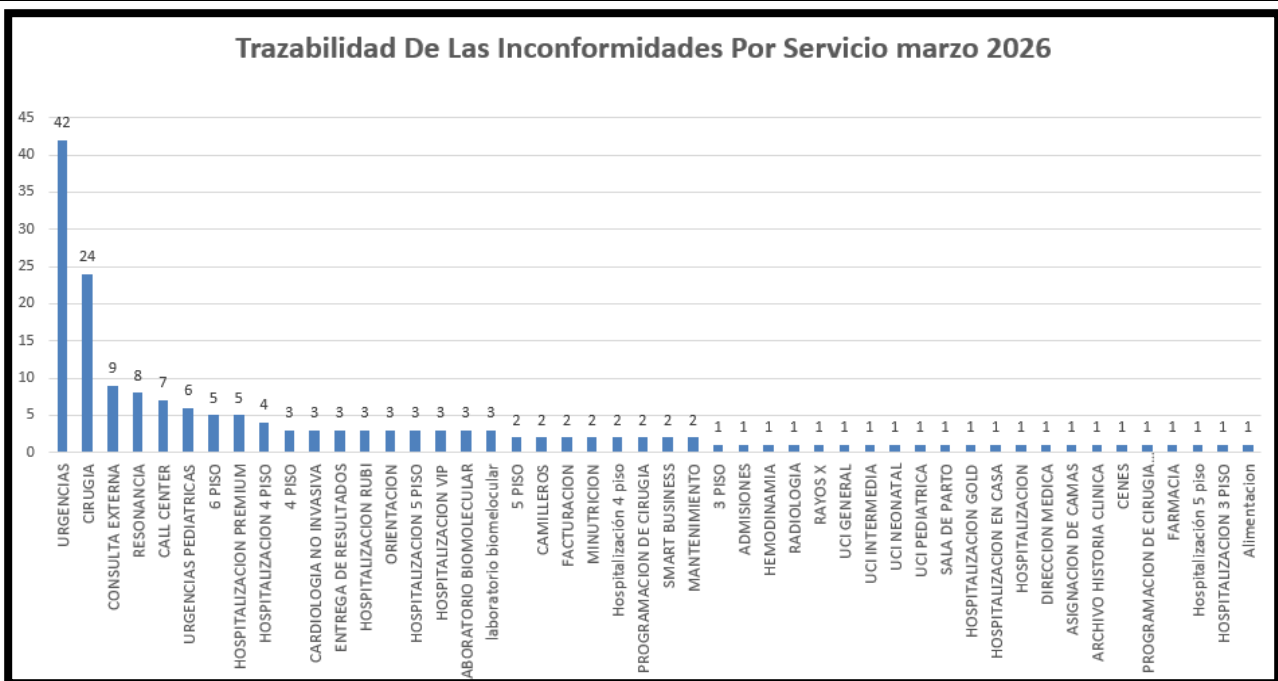


Para el mes de marzo, se identificaron las cinco unidades con mayor número de felicitaciones, según la información consolidada:

- En primer lugar, se encuentra el servicio de Hospitalización 4 piso con 61 felicitaciones.
- En segundo lugar, el servicio de Cirugía, con 44 felicitaciones.
- En tercer lugar, Urgencias, con 38 felicitaciones.
- En cuarto lugar, Uci Intermedia, con 36 felicitaciones.
- En quinto lugar, 6 Piso, con 27 felicitaciones.

Una vez recibidas, las felicitaciones son entregadas directamente a los trabajadores o servicios a los cuales fueron dirigidas. Además, se envían a la Dirección de Talento Humano para ser anexadas a la hoja de vida del trabajador correspondiente, como parte del reconocimiento institucional a su labor.

Trazabilidad De Las Inconformidades Por Servicio marzo 2026



Durante el mes de febrero, se evidencia que el mayor número de manifestaciones de inconformidad se presentaron en los siguientes servicios:

- En primer lugar, el servicio de Urgencias, con 42 casos, principalmente asociados a situaciones de inoportunidad en la atención y tiempos prolongados de espera.
- En segundo lugar, el servicio de Cirugía, con 24 casos, también relacionados con inoportunidad en la atención médica y demoras en la programación.
- En tercer lugar, Consulta Externa, con 9 manifestaciones, la mayoría por tiempos de espera.
- En cuarto lugar, Resonancia, con 8 casos, la mayoría por tiempos de espera.
- En quinto lugar, Contact Center, con 7 casos, la mayoría por tiempos de espera y mal agendamiento.

Le siguen con 6 casos:

- Urgencias Pediátricas, por demoras y falta de información.

Con 5 y 4 casos, se identifican múltiples servicios:

- 6 Piso, Hospitalización Premium y Hospitalización 4 Piso, cuyas inconformidades están asociadas a temas de oportunidad, trato y comunicación.

Con 3 casos, se encuentran:

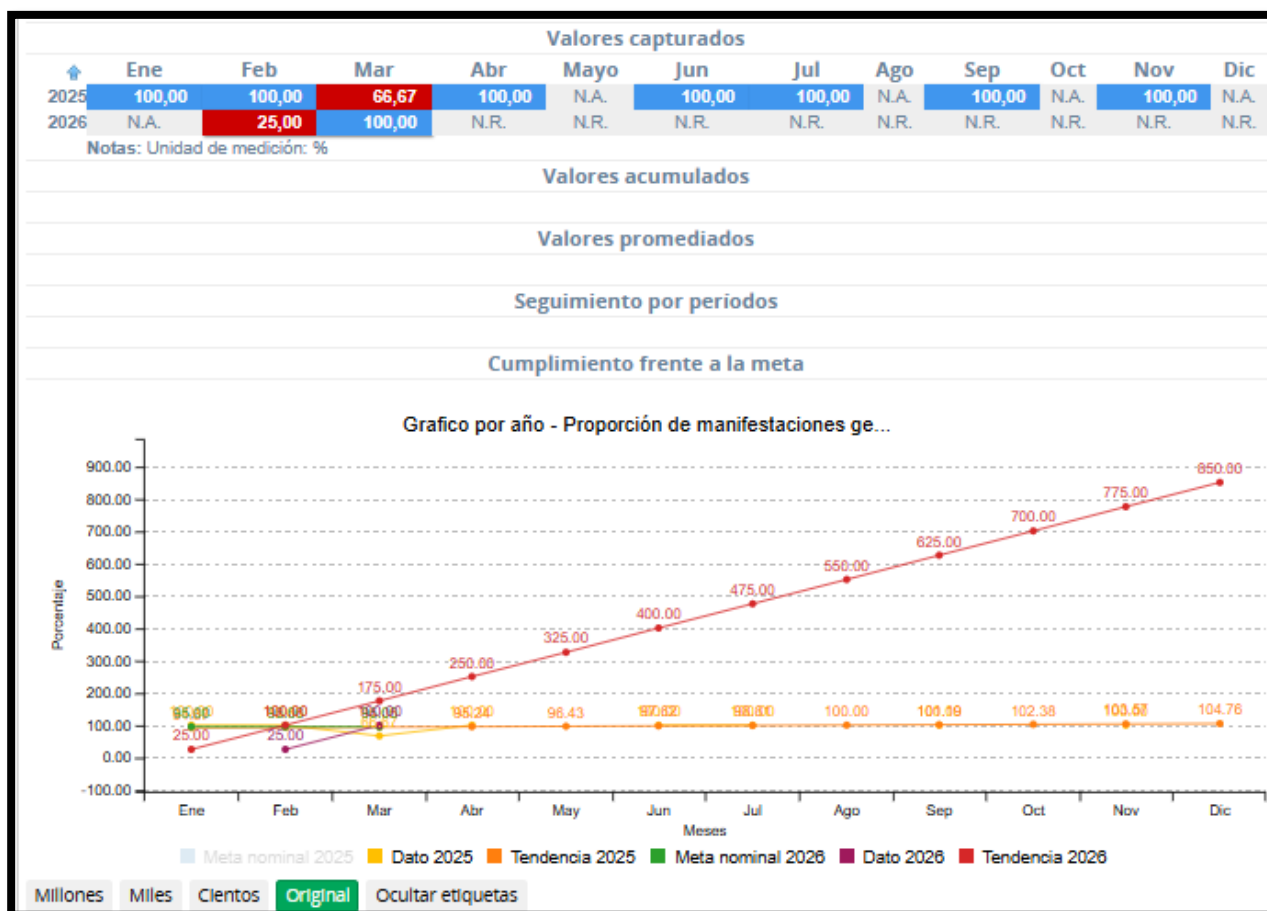
- 4 Piso, Cardiología no Invasiva, Entrega de Resultados, Hospitalización Rubi, Orientación, Hospitalización 5 Piso, Hospitalización Vip, Laboratorio Biomolecular.

Y con 2 y 1 caso cada uno:

- 5 Piso, Camilleros, Facturación, Mi Nutrición, Hospitalización 4 Piso, Programación de Cirugía, Smart Bussiness, Mantenimiento, 3 Piso, Admisiones, Hemodinámica, Radiología, Rayos X, Uci General, Uci Intermedia, Uci Neonatal, Uci Pediátrica, Sala de Parto, Hospitalización Gold, Hospitalización en Casa, Dirección Medica, Asignación de Camas, Archivo, Cenes, Farmacia, Alimentación.

Este análisis permite identificar los servicios donde se concentran las principales oportunidades de mejora, siendo fundamental reforzar acciones de humanización, eficiencia en los procesos y fortalecimiento de la comunicación con los usuarios.

Proporción De Manifestaciones Gestionadas Oportunamente (Reclamaciones De Riesgo Priorizado) Neiva



El resultado obtenido para el indicador **Proporción de manifestaciones gestionadas oportunamente (Reclamaciones de Riesgo Priorizado) NEIVA** para el periodo comprendido entre el 26 de febrero y el 25 de marzo de 2026, el indicador alcanzó un 100% de cumplimiento, evidenciando una mejora significativa en la gestión oportuna de los casos.

Durante este periodo se presentó 1 caso de riesgo priorizado, el cual fue gestionado y cerrado dentro del tiempo normativo establecido (≤ 48 horas), sin generar incumplimientos.

La desviación estándar de 42.49 se explica por la variación en la ocurrencia de casos entre los periodos evaluados, considerando que:

- En febrero se presentó un alto número de casos con bajo cumplimiento
- En marzo se presentó 3 casos con cumplimiento total

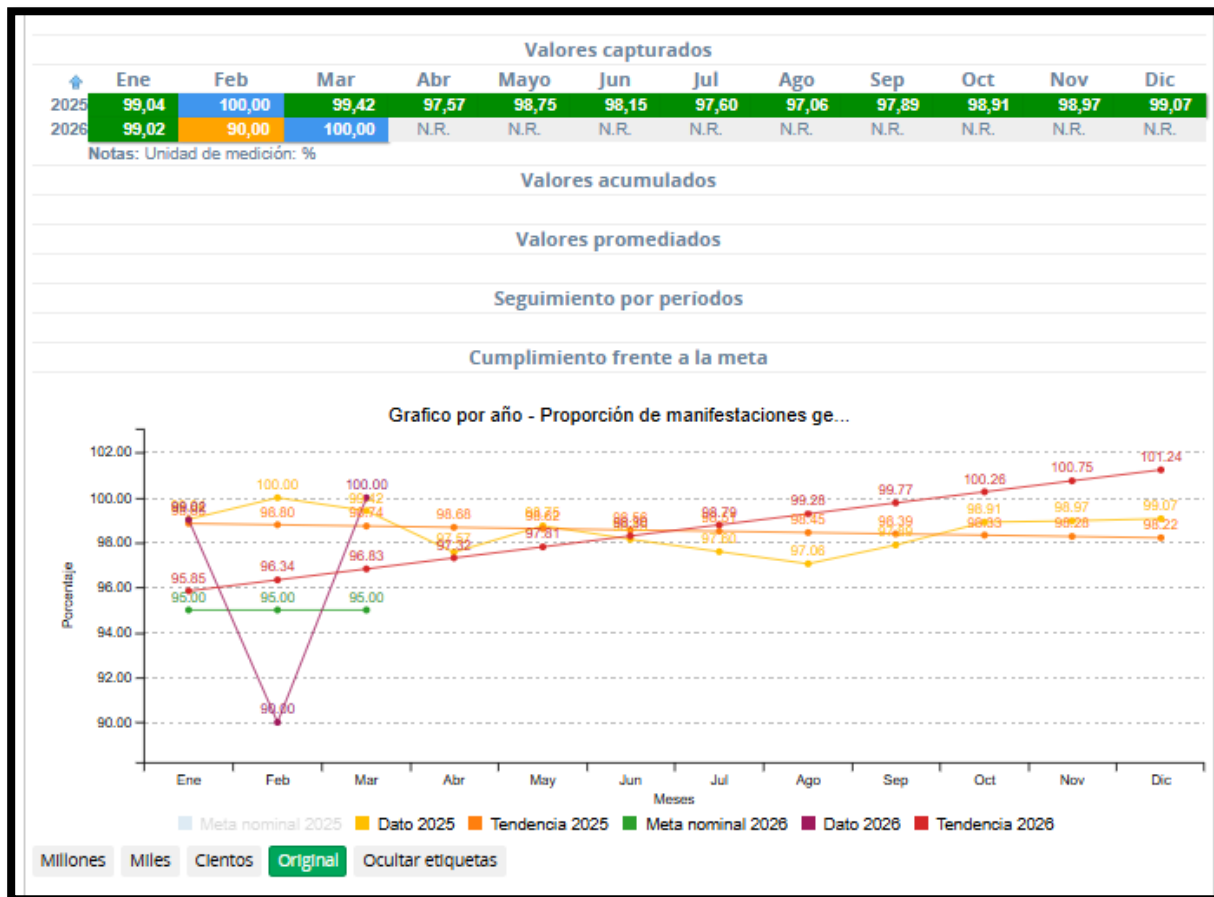
- Esta diferencia genera variabilidad en el indicador, sin que represente un comportamiento negativo del proceso.

El comportamiento del indicador evidencia una recuperación significativa del proceso, pasando de un resultado crítico a un cumplimiento óptimo, lo que refleja la efectividad de las acciones de mejora implementadas, especialmente en la priorización, seguimiento y cierre oportuno de los casos.

- Mantener la vigilancia activa de todos los canales institucionales para identificar oportunamente reclamaciones priorizadas.
- Reforzar con el personal asistencial y administrativo el cumplimiento de los tiempos normativos (≤ 48 horas).
- Implementar seguimiento continuo a los casos abiertos hasta su cierre efectivo.
- Fortalecer la articulación entre áreas para evitar retrasos en la gestión.
- Continuar el seguimiento del indicador en comités SIAU y la socialización periódica de resultados.

La institución mantiene activos los lineamientos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular Externa No. 202315100000010-5 de 2023, que establece un tiempo máximo de 48 horas para la respuesta de reclamaciones de riesgo priorizado.

Proporción De Manifestaciones Gestionadas Oportunamente (Reclamaciones De Riesgo Simple) Neiva



El resultado obtenido para el indicador **Proporción de manifestaciones gestionadas oportunamente (Reclamaciones de Riesgo Simple) NEIVA** durante el periodo comprendido entre el 26 de febrero y el 25 de marzo de 2026, el indicador alcanzó un resultado de 100%, ubicándose 5 puntos porcentuales por encima de la meta institucional ($\geq 95\%$), lo que evidencia cumplimiento total del estándar establecido.

En contraste, en el periodo anterior (26 de enero al 25 de febrero de 2026), el indicador registró un 90%, situándose 5 puntos porcentuales por debajo de la meta, debido a incumplimientos en los tiempos de respuesta. El comportamiento del indicador muestra una recuperación significativa, pasando de un resultado inferior a la meta (90%) a un cumplimiento total (100%).

- Enero: 99,02%
- Febrero: 90%
- Marzo: 100%

Se evidencia una disminución en febrero (-9,02 puntos porcentuales) seguida de una mejora en marzo (+10 puntos porcentuales), lo que indica una variación marcada, pero con recuperación del proceso.

La desviación estándar de 4.50 refleja una variabilidad moderada, explicada principalmente por el descenso presentado en febrero y la posterior estabilización en marzo.

El resultado negativo de febrero se atribuye a que 14 manifestaciones de riesgo simple no fueron gestionadas dentro del tiempo establecido (<72 horas) en la sede Abner Lozano.

Esta situación estuvo asociada a un cambio de liderazgo en la sede, lo que generó afectaciones en la oportunidad de respuesta y seguimiento de los casos.

Para el periodo de marzo, se evidencia una mejora en la adherencia al proceso, lo que indica que las acciones implementadas permitieron restablecer el control y la oportunidad en la gestión.

- Correlación con indicadores vinculados

marzo 2026:

Proporción de usuarios satisfechos: 100%

Proporción de usuarios que recomendarían la institución: 99.74%

A pesar del resultado negativo en oportunidad, se mantiene una alta percepción de satisfacción y recomendación, lo que sugiere que la experiencia del usuario no se vio significativamente afectada.

Se proyecta la sostenibilidad del resultado alcanzado en marzo, mediante el fortalecimiento del seguimiento, la supervisión continua y la estabilización del liderazgo en la sede.

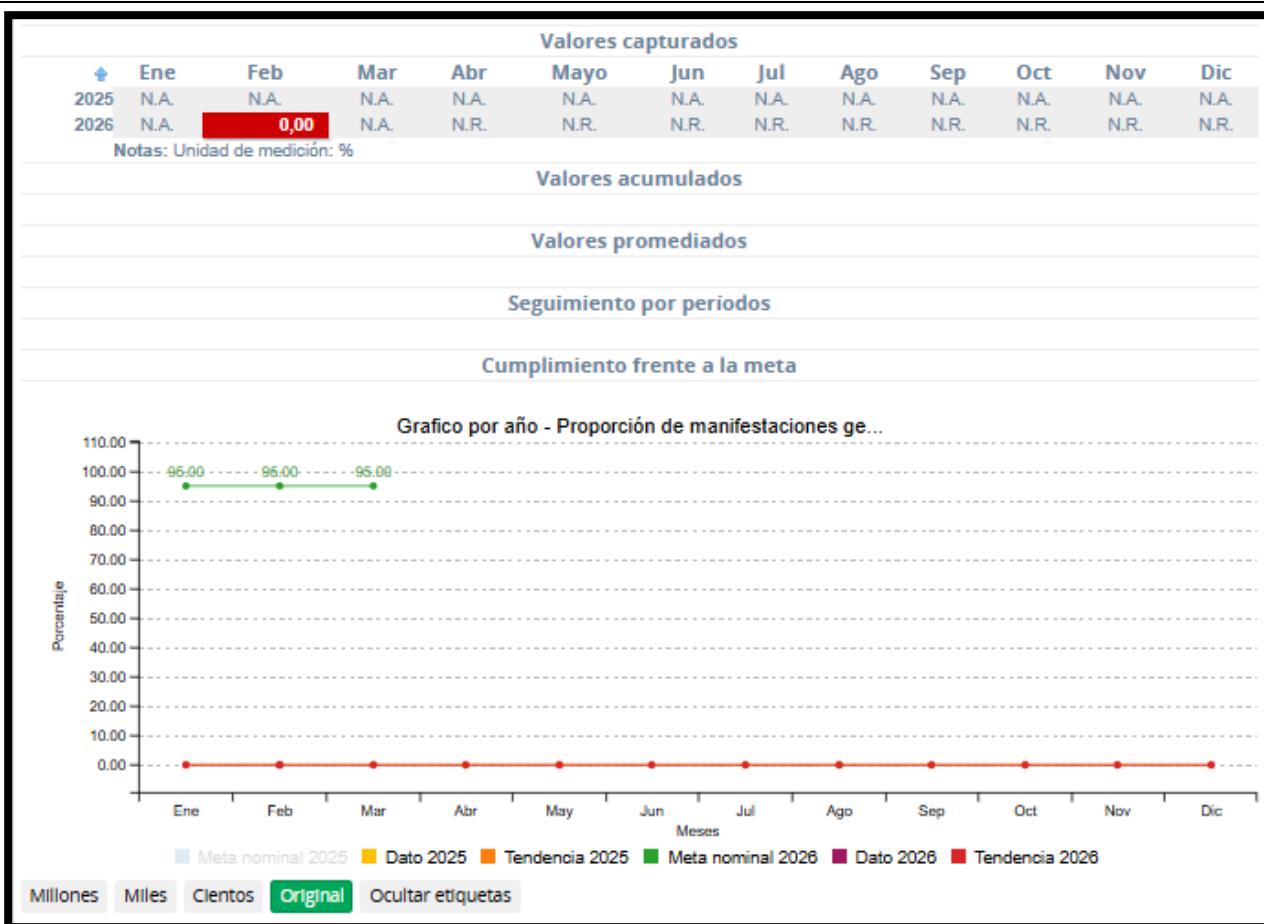
Fortalecer la inducción y acompañamiento al nuevo líder de la sede, asegurando la apropiación del proceso.

Establecer puntos de control intermedios (48 y 60 horas) para evitar vencimientos.

Reforzar la priorización de casos según nivel de riesgo por parte del equipo SIAU.

Mantener la socialización de resultados en comités SIAU y reuniones de líderes, promoviendo la mejora continua.

**Proporción De Manifestaciones Gestionadas Oportunamente (Reclamaciones De Riesgo Vital)
Neiva**



Durante el periodo comprendido entre el 26 de febrero y el 25 de marzo de 2026, no se registraron reclamos clasificados como riesgo vital, por lo cual el indicador presenta un cumplimiento favorable, evidenciando oportunidad en la gestión y ausencia de eventos críticos reportados por los usuarios.

Este comportamiento sugiere una mejora en la detección, gestión y cierre oportuno de las manifestaciones, así como un adecuado funcionamiento de los canales de atención y de los protocolos institucionales establecidos para este tipo de eventos.

En contraste con el periodo anterior, donde se presentó una desviación negativa por incumplimiento en los tiempos de respuesta, para el periodo actual se evidencia estabilidad del proceso, sin recurrencia de eventos críticos.

La desviación registrada en el periodo anterior se originó por el registro de un caso de riesgo vital en la sede Abner Lozano, el cual no fue respondido dentro del tiempo establecido (<24 horas).

Este evento estuvo asociado a un proceso de transición en el liderazgo del área de Atención al Usuario, lo que generó retrasos en la gestión y seguimiento oportuno del caso.

La ausencia de casos en el periodo actual refleja un resultado positivo y evidencia mejoras en la gestión y control del proceso; sin embargo, es fundamental mantener la alerta institucional, dado que este tipo de eventos tienen alto impacto en la seguridad del paciente y en la percepción del servicio.

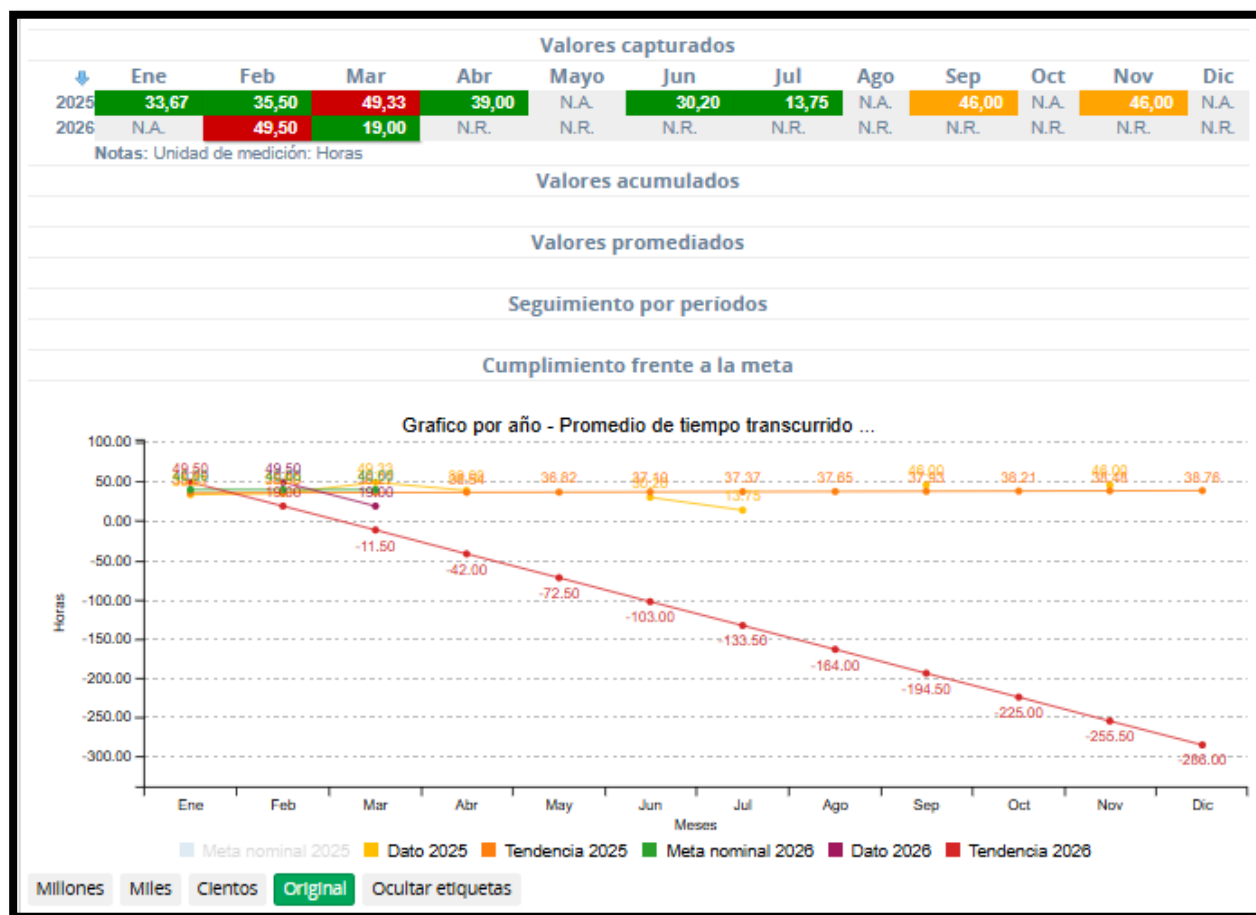
- Mantener la vigilancia activa de todos los canales de atención al usuario para la identificación oportuna de manifestaciones críticas.

- Reforzar con el personal asistencial y administrativo el protocolo de atención en riesgo vital, asegurando el cumplimiento del tiempo de respuesta (<24 horas).
- Implementar seguimiento preventivo y priorizado a los casos con potencial de escalamiento.
- Fortalecer la articulación interáreas para garantizar respuestas oportunas y efectivas.
- Continuar la socialización de los canales de comunicación con los usuarios, promoviendo su uso adecuado.

La institución mantiene activos los protocolos de respuesta inmediata en cumplimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular Externa No. 202315100000010-5 de 2023, que establece un tiempo máximo de respuesta de 24 horas para manifestaciones clasificadas como riesgo vital.

Se reitera la importancia de que el equipo de Atención al Usuario y los líderes asistenciales mantengan una respuesta inmediata, articulada y centrada en la seguridad del paciente.

Promedio De Tiempo Transcurrido Para La Respuesta A Las Manifestaciones (Reclamos De Riesgo Priorizado) Neiva



El resultado obtenido para el indicador **Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones (Reclamos de riesgo priorizado)** Durante el periodo evaluado 26 de febrero al 25 de marzo de 2026, el indicador registró un resultado de 19 horas, evidenciando cumplimiento del tiempo normativo (≤ 48 horas) y una mejora significativa en la oportunidad de respuesta frente al periodo anterior.

La desviación estándar de 20.39 se explica por la variación en los tiempos de respuesta entre los periodos evaluados, pasando de un incumplimiento en febrero a un cumplimiento en marzo.

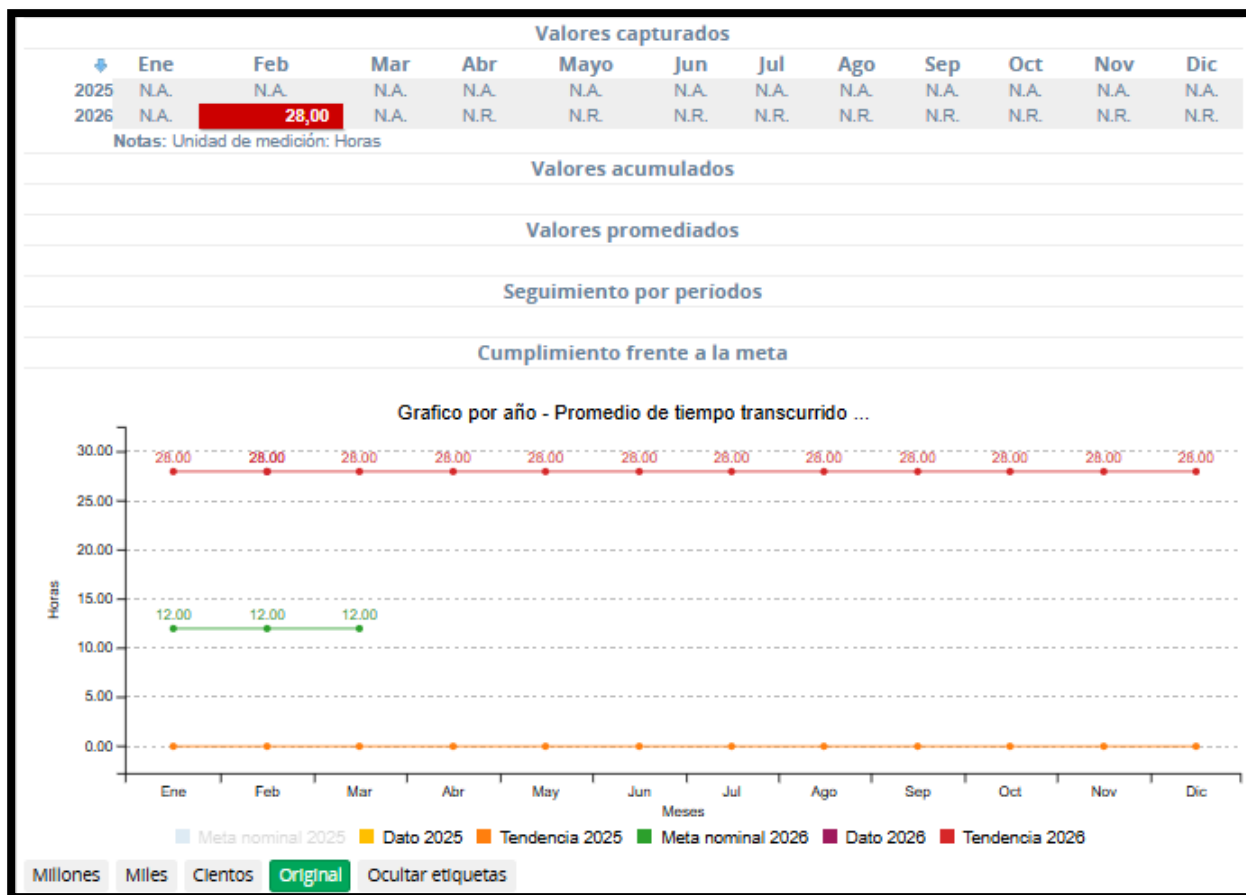
Adicionalmente, esta variación está influenciada por lo ocurrido en febrero, donde se presentaron 8 casos de riesgo priorizado en la sede Abner Lozano, con incumplimiento en la mayoría de ellos, situación asociada a un cambio de liderazgo en la unidad, lo que impactó la oportunidad en la gestión y seguimiento de los casos. El comportamiento del indicador evidencia una recuperación del proceso, con mejora en los tiempos de respuesta y cumplimiento de los estándares establecidos.

Se identifica que las acciones implementadas han permitido fortalecer la gestión y el seguimiento oportuno de los casos priorizados.

- Mantener la vigilancia activa de los canales institucionales para la identificación oportuna de reclamaciones priorizadas.
- Reforzar el cumplimiento de los tiempos normativos (≤ 48 horas) con el personal asistencial y administrativo.
- Implementar seguimiento continuo a los casos abiertos hasta su cierre efectivo.
- Fortalecer la articulación interáreas para garantizar oportunidad en la respuesta.
- Asegurar la estabilidad y apropiación del liderazgo del proceso en la sede.

La institución mantiene activos los lineamientos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular Externa No. 202315100000010-5 de 2023, que establece un tiempo máximo de 48 horas para la respuesta de reclamaciones de riesgo priorizado.

Promedio De Tiempo Transcurrido Para La Respuesta A Las Manifestaciones (Reclamos De Riesgo Vital) Neiva



Durante el periodo comprendido entre el 26 de febrero y el 25 de marzo de 2026, no se registraron reclamos clasificados como riesgo vital, por lo cual el indicador presenta un cumplimiento favorable, evidenciando oportunidad en la gestión y ausencia de eventos críticos reportados por los usuarios.

Este comportamiento sugiere una mejora en la detección, gestión y cierre oportuno de las manifestaciones, así como un adecuado funcionamiento de los canales de atención y de los protocolos institucionales establecidos para este tipo de eventos.

En contraste con el periodo anterior, donde se presentó una desviación negativa por incumplimiento en los tiempos de respuesta, para el periodo actual se evidencia estabilidad del proceso, sin recurrencia de eventos críticos.

La desviación estándar de 13.20 indica que se han presentado variaciones en los tiempos de respuesta entre periodos evaluados, por lo cual es necesario mantener acciones de control que garanticen la consistencia del proceso. La desviación registrada en el periodo anterior se originó por el registro de un caso de riesgo vital en la sede Abner Lozano, el cual no fue respondido dentro del tiempo establecido (<24 horas).

Este evento estuvo asociado a un proceso de transición en el liderazgo del área de Atención al Usuario, lo que generó retrasos en la gestión y seguimiento oportuno del caso.

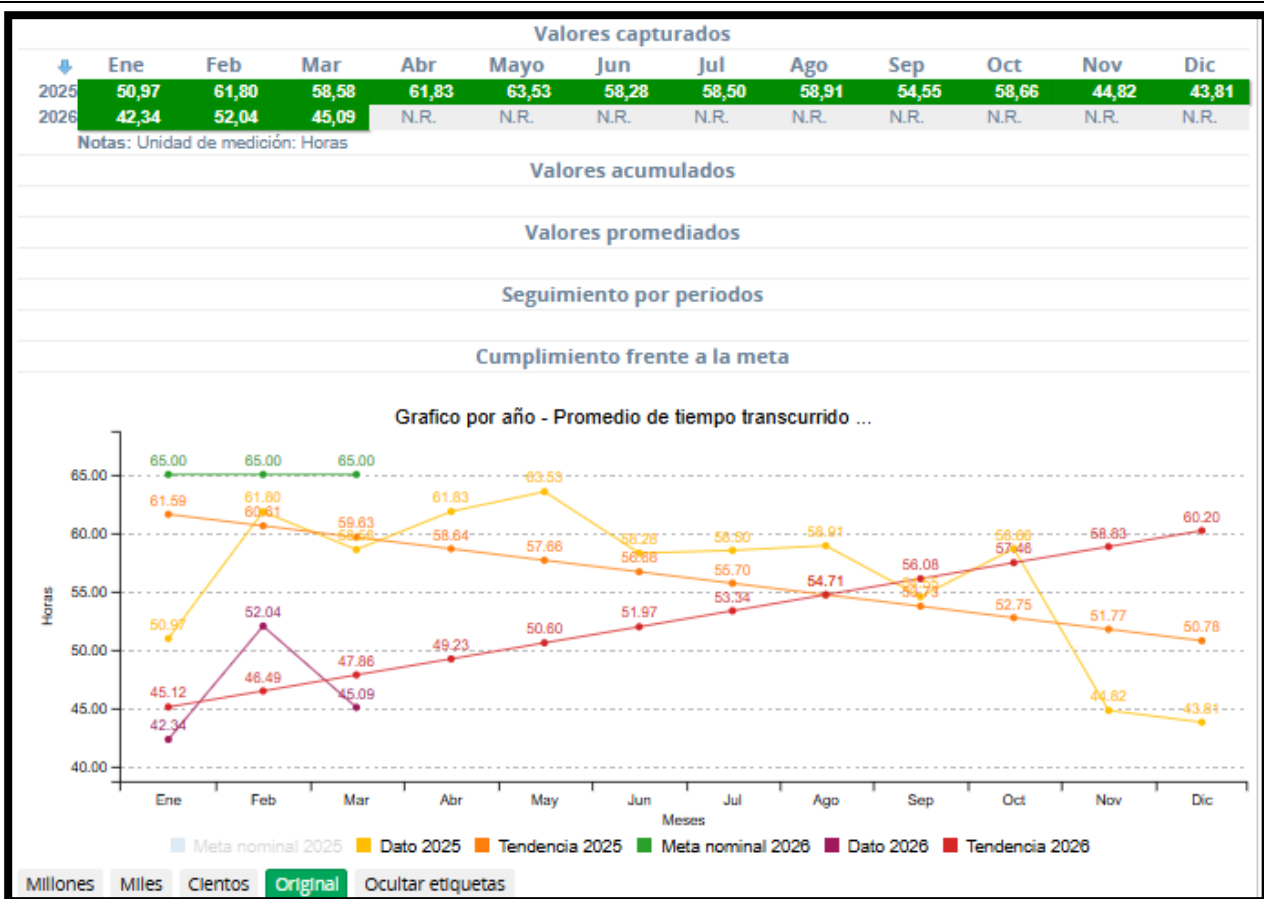
La ausencia de casos en el periodo actual refleja un resultado positivo y evidencia mejoras en la gestión y control del proceso; sin embargo, es fundamental mantener la alerta institucional, dado que este tipo de eventos tienen alto impacto en la seguridad del paciente y en la percepción del servicio.

- Mantener la vigilancia activa de todos los canales de atención al usuario para la identificación oportuna de manifestaciones críticas.
- Reforzar con el personal asistencial y administrativo el protocolo de atención en riesgo vital, asegurando el cumplimiento del tiempo de respuesta (<24 horas).
- Implementar seguimiento preventivo y priorizado a los casos con potencial de escalamiento.
- Fortalecer la articulación interáreas para garantizar respuestas oportunas y efectivas.
- Continuar la socialización de los canales de comunicación con los usuarios, promoviendo su uso adecuado.

La institución mantiene activos los protocolos de respuesta inmediata en cumplimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023, que establece un tiempo máximo de respuesta de 24 horas para manifestaciones clasificadas como riesgo vital.

Se reitera la importancia de que el equipo de Atención al Usuario y los líderes asistenciales mantengan una respuesta inmediata, articulada y centrada en la seguridad del paciente

Promedio De Tiempo Transcurrido Para La Respuesta A Las Manifestaciones (Reclamos De Riesgos Simples) Neiva



El resultado obtenido para el indicador **Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones (Reclamos de riesgo Simple)** Durante el periodo evaluado del 26 de febrero y el 25 de marzo de 2026, el indicador registró un tiempo promedio de 45,09 horas, ubicándose 19,91 horas por debajo de la meta institucional (<65 horas), lo que evidencia cumplimiento y mejora en la oportunidad de respuesta. En el periodo anterior (26 de enero al 25 de febrero de 2026), el resultado fue de 52,04 horas, también dentro del cumplimiento, aunque con menor desempeño comparativo.

El comportamiento del indicador muestra una tendencia de mejora en los tiempos de respuesta:

- Enero: 42,34 horas
- Febrero: 52,04 horas
- Marzo: 45,09 horas

Se evidencia un aumento en febrero (+9,7 horas), seguido de una disminución en marzo (-6,95 horas), lo que indica recuperación en la oportunidad del proceso.

La desviación estándar de 4,08 refleja una variabilidad controlada, con tendencia a la estabilización frente al periodo anterior.

El incremento en los tiempos observado en febrero estuvo asociado al incumplimiento en 14 manifestaciones de riesgo simple en la sede Abner Lozano, las cuales no fueron gestionadas dentro del tiempo establecido (<72 horas).

Esta situación se relaciona con un cambio de liderazgo en la sede, lo que generó afectaciones en la oportunidad de respuesta.

Para el periodo de marzo, se evidencia una mejora en la gestión y seguimiento de los casos, lo que permitió reducir el tiempo promedio y recuperar el control del proceso.

- Correlación con indicadores vinculados

marzo 2026:

Proporción de usuarios satisfechos: 100%

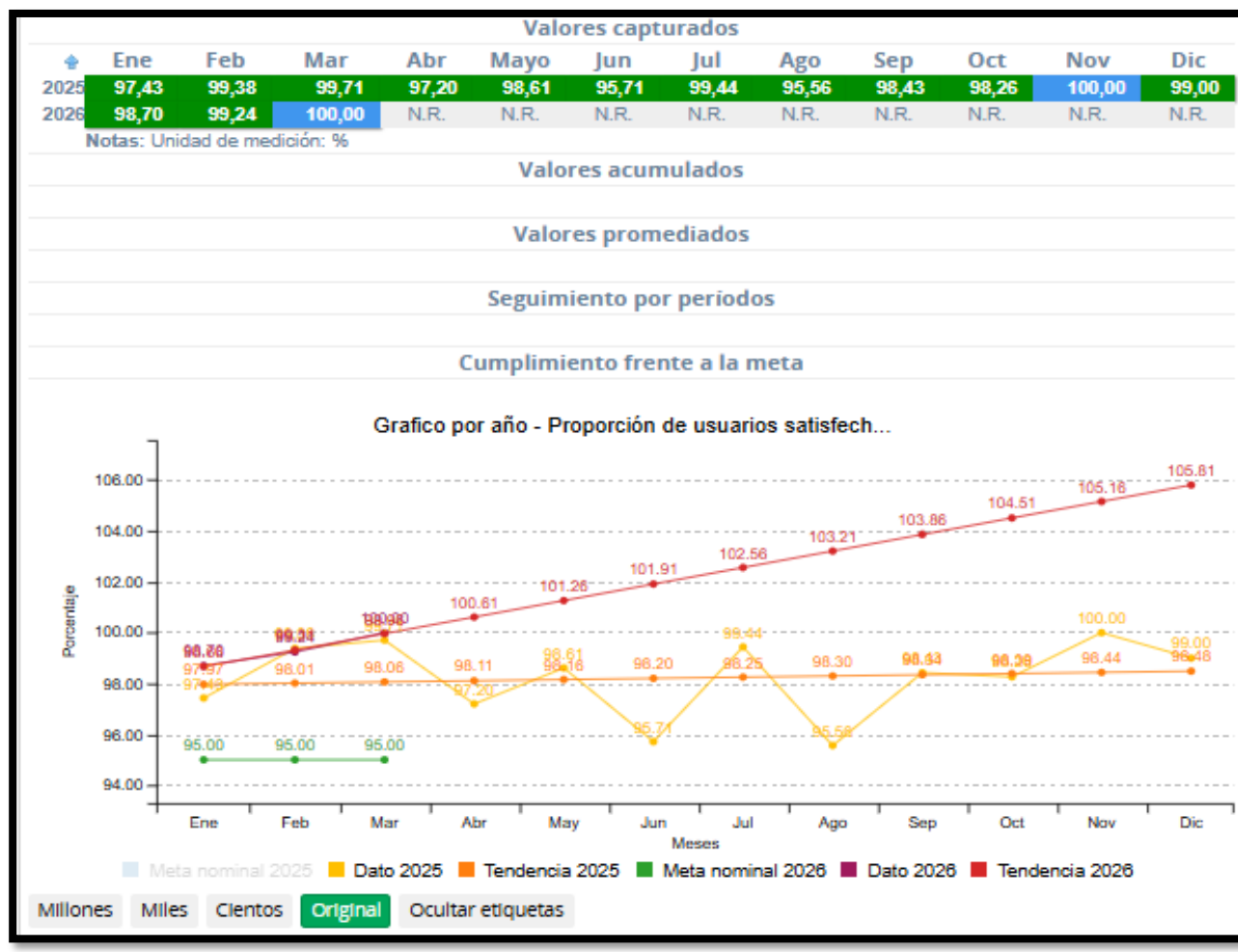
Proporción de usuarios que recomendarían la institución: 99.74%

Los resultados evidencian una percepción positiva del servicio, lo que indica que, pese a las variaciones en los tiempos de respuesta, se mantiene la confianza del usuario en la atención recibida.

Se proyecta la estabilización del indicador en rangos óptimos (<50 horas), mediante el fortalecimiento de los mecanismos de control y la continuidad en las estrategias implementadas.

- Establecer puntos de control intermedios (48 y 60 horas) para prevenir retrasos.
- Fortalecer el acompañamiento al liderazgo de la sede, asegurando continuidad en la gestión.
- Reforzar el seguimiento diario por parte del equipo SIAU.
- Mantener la socialización de resultados en comités, promoviendo la mejora continua.

Tendencia De La Proporción De Usuarios Satisfechos



Durante el periodo evaluado marzo, la sede Centro de la Clínica Medilaser alcanzó un resultado de 100% en el **indicador de Proporción de Usuarios Satisfechos**, superando la meta institucional establecida en 95% en 5 puntos porcentuales.

Este resultado evidencia un cumplimiento total de la meta, reflejando un nivel óptimo en la percepción de satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados.

Se observa un incremento respecto al mes anterior (99,24%), alcanzando el valor máximo esperado (100%), lo que indica una tendencia positiva y sostenida al alza.

La desviación estándar fue de 0,53, valor inferior al umbral de significancia (2), lo que indica consistencia en los resultados y estabilidad en la percepción de satisfacción de los usuarios.

Adicionalmente, se evidencia una tendencia estable en el tiempo, con resultados consistentemente superiores a la meta, lo que refleja control del proceso y baja variabilidad.

Resultados por servicio:

AREA	Número de usuarios satisfechos	Total de usuarios encuestados	%
CONSULTA EXTERNA	0	0	N.A.
HOSPITALIZACION EN CASA	42	42	100%
CIRUGIA	27	27	100%
URGENCIAS	136	136	100%
SERVICIOS AMBULATORIOS	117	117	100%
HOSPITALIZACION	66	66	100%
SUMATORIA	388	388	100%

El comportamiento del indicador sugiere una consolidación de buenas prácticas institucionales, asociadas a:

- Fortalecimiento de la atención humanizada (trato digno, empatía y respeto).
- Mayor adherencia a protocolos de atención y seguridad del paciente.
- Mejora en la comunicación entre personal asistencial, administrativo y usuarios.
- Oportunidad en la atención, especialmente en servicios críticos como urgencias.
- Seguimiento continuo a las manifestaciones de los usuarios (PQRS), permitiendo acciones correctivas oportunas.

El resultado presenta coherencia con otros indicadores de experiencia del usuario, evidenciando una correlación positiva, como es el caso de la proporción de usuarios que recomendarían la institución (99,74%).

Este comportamiento confirma que la satisfacción del usuario no constituye un resultado aislado, sino que responde a un modelo de atención integral fortalecido, basado en la calidad del servicio, la humanización en la atención y la generación de confianza en los usuarios.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad del resultado y prevenir desviaciones futuras, se proyectan las siguientes acciones:

- Mantener y fortalecer las estrategias de humanización en la atención, especialmente en servicios de alta rotación.
- Continuar con la socialización de resultados en grupos primarios, promoviendo la corresponsabilidad.
- Implementar auditorías aleatorias de experiencia del usuario, para validar la objetividad del resultado.
- Fortalecer la gestión de PQRS, enfocándose en cierre efectivo y aprendizaje institucional.

1.1. Otros Aspectos Relevantes de la Gestión

N.A

1.2. Dificultades presentadas en la ejecución

N.A

2. CONCLUSIONES**Principales fortalezas:**

1. El proceso de atención al usuario dispone de diversos canales de comunicación que facilitan la recepción de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones por parte de los usuarios, garantizando así la trazabilidad y el seguimiento de cada caso.
2. La clínica Medilaser S.A.S dispone de un software de gestión de calidad (DARUMA) para el proceso de radicación, gestión y envío de respuestas a PQR. Este sistema optimiza la eficiencia en el flujo de información relacionado con las PQR y sus respuestas, permitiendo un seguimiento y gestión adecuados. Además, garantiza la trazabilidad y el acceso automatizado a la información.
3. La clínica implementa la estrategia de rondas SIAU, las cuales se realizan semanalmente con el objetivo de evaluar la satisfacción de los servicios ofrecidos. Durante estas rondas, se abordan de manera inmediata los casos en los que los usuarios expresan inconformidad.

2.2 Principales Oportunidades de mejora

1. Continuar con el seguimiento de las principales causas que están generando la radicación de inconformidades, y establecer las acciones a que haya lugar.

RECOMENDACIONES

N.A

ANEXOS.N/A



FORMATO DE INFORME GENERAL

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	17 DE 17

Responsable del informe: Claudia Ximena Bahamón Galindo
Cargo: Coordinadora SIAU