BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NOTA INTERNA
SSO-2026-240-006129-3

Bogotá, 6 de noviembre de 2026

DE: **GUILLERMO CERON SANDOVAL**
OFICINA DE CONTROL INTERNO
JEFE DE CONTROL INTERNO

PARA: **ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA**
GERENTE
DESPACHO DEL GERENTE

Asunto: Evaluación de Atención al Ciudadano y Gestión de PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias Denuncias y Felicitaciones) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.- Primer semestre 2026

Respetada doctora Andrea, cordial saludo.

En cumplimiento del Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.4.7, Parágrafo 1° (modificado por el artículo 1 del Decreto 338 de 2019) que establece: “Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones [emitidos por la Oficina de Control Interno] tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (…)” (Subrayado fuera de texto), de manera atenta, remito el Informe final de Evaluación de Atención al Ciudadano y Gestión de PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias Denuncias y Felicitaciones) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (No. Informe IL-2026-23) correspondiente al período 1 de enero del 2026 al 30 de junio del 2026.

En virtud del cumplimiento normativo, se requiere la formulación de planes de mejoramiento orientados a subsanar las deficiencias detectadas en cada observación. Lo anterior para su conocimiento y fines.

Agradezco su acostumbrado respaldo en nuestra labor de auditoría interna, su atención y gestión pertinente, y manifiesto nuestra disposición para atender cualquier duda o inquietud que surja en el marco de esta auditoría de cumplimiento.

Cordialmente,

SSO-2026-240-006129-3



GUILLERMO CERON SANDOVAL
JEFE DE CONTROL INTERNO

Anexos: Informe IL-2026-23 Evaluación de Atención al Ciudadano y Gestión de PQRSDF – I SEM 2026

Copia a: Marcia Greicy Guacaneme Valbuena - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (Miembro CICSCI)
Carmen Esther Acero García- Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones (Miembro CICSCI)
Julio Alfonso Peñuela Saldaña - Jefe Oficina Asesora Jurídica (Miembro CICSCI)
Carmen Andrea Avellaneda Santoya - Jefe Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano (Miembro CICSCI)
Hernando Miguel Mojica Mugno - Jefe Oficina de Sistemas de Información TICs (Miembro CICSCI)
Mónica Amparo Varón Aguirre - Jefe Oficina de Calidad (Miembro CICSCI)
Ana Lucia Quintero - Subgerente Corporativa (Miembro CICSCI)
Bertha Lucia Mora Quiñones - Subgerente Prestación de Servicios de Salud (Miembro CICSCI)

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.	
Cargo funcionario / Contratista	Nombre/Cargo
Aprobado por:	GUILLERMO CERON SANDOVALOCIOCI
Revisado por:	GUILLERMO CERON SANDOVAL / OCI
Elaborado por:	MARTHA PATRICIA PALOMINO RAMIREZ / OCI

No. INFORME: IL-2026-23

NOMBRE TRABAJO DE AUDITORÍA:

Evaluación de Atención al Ciudadano y Gestión de PQRSDF (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias Denuncias y Felicitaciones) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DESTINATARIOS[1]

Integrantes Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno:

- Andrea Elizabeth Hurtado Neira, Gerente
- Bertha Lucía Mora Quiñones, Subgerente Prestación de Servicios de Salud
- Ana Lucía Quintero Mojica, Subgerente Corporativa
- Marcia Greicy Guacaneme Valbuena, jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Mónica Amparo Varón Aguirre, jefe Oficina de Calidad
- Julio Alfonso Peñuela Saldaña, jefe Oficina Jurídica
- Carmen Esther Acero García, jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
- Carmen Andrea Avellaneda Santoya, jefe Oficina Participación Comunitaria y Servicio Ciudadano
- Hernando Miguel Mojica Mugno, jefe Oficina de Sistemas de Información – TIC

EMITIDO POR: Guillermo Cerón Sandoval, jefe Oficina de Control Interno

EQUIPO AUDITOR: Carmen Mireya Reyes Moreno - Enfermera grado 20
Juan José Ossa Chavarriaga - Profesional Universitario OPS
Anny Yohana Peña Torres – Profesional Especializado OPS

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de cumplimiento del procedimiento establecido para la atención al ciudadano en la gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. Verificar el requisito legal de administradores funcionales y sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas en la Entidad.
2.2. Verificar accesibilidad y disponibilidad de los canales de atención: buzones en la Entidad.
2.3. Evaluación en función de los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

[1] En virtud de lo establecido en el Decreto 1083 de 2015 **Artículo 2.2.21.4.7**, Parágrafo 1° (modificado por el Artículo 1 del Decreto 338 de 2019) *"Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones* [emitidos por la Oficina de Control Interno] *tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (…)"*

3. ALCANCE

El alcance definido comprendió la evaluación de los controles internos establecidos por la Subred Sur Occidente para el cumplimiento de los requisitos relacionados con:

3.1. Cumplimiento de términos y requisitos legales para la gestión de PQRSDF.
3.2. Existencia, accesibilidad y funcionamiento del enlace de quejas, sugerencias y reclamos en la página web institucional.
3.3. Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.

Período: Durante el primer semestre de 2026 (período comprendido entre el 1 de enero al 30 de junio de 2026).

Nota: El establecimiento de este período no limita la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos previos o posteriores que, por su nivel de riesgo o materialidad, deban ser revelados.

4. CRITERIOS

Externa:

- **Ley 1474 del 12 de julio de 2011 expedida por el Congreso de la República de Colombia:** *"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".* Artículo 76. *"Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos".*

- **Ley 1755 del 30 de junio de 2015 expedida por el Congreso de la República de Colombia:** "*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*". Título II "*Derecho petición*", Capítulo I "*Derecho de petición ante autoridades reglas generales*", Artículos 14. "*Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones*" y 19 "*Peticiones irrespetuosas, oscuras o reiterativas*".

- **Decreto 640 del 22 de diciembre de 2025 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá:** "P*or medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Gestión Pública*". Libro 3 "*Régimen reglamentario del sector*", Parte 2 *"Regulación específica",* Título 10 *"Lineamientos en materia de servicio a la ciudadanía",* Capítulo 4 *"Lineamientos del servicio a la ciudadanía",* Subcapítulo 5 *"De las peticiones ciudadanas,* Artículos 277.18 "*Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas*", 277.20 "*Administradores funcionales del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas*" y 277.21 "*Buzones*".

- **Circular Externa 2023151000000010-5 del 22 de junio de 2023 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud:** "*Por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020*". II "*Instrucciones*", "*Instrucciones específicas para las EAPB*", numeral 3.3.2 "*Términos para resolver las PQR*".

- **Circular Externa 2024150000000011-5 del 20 de septiembre de 2024 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud:** "*Por la cual se imparten instrucciones generales de inspección, vigilancia y control para la garantía del derecho a la salud de personas trans en Colombia*". III "*Focalización poblacional"* y IV "*Instrucciones*", literal B "*Instrucciones a entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal"* numeral 5.

- **Circular Externa 2026151000000007-5 del 6 de junio de 2026 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud:** "*Instrucciones para garantizar la protección de la salud para niños, niñas y adolescentes con riesgo vital*". II "*Instrucciones*", Tercera.

- ABECÉ Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 "*Términos para resolver los reclamos en salud y nueva clasificación de motivos*".

Interna:

- 03-03-PR-0001 Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos versión 1.0 del 17 de febrero del 2026. Actividad 2 "*Consolidar derechos de petición recepcionados por los diferentes medios*".
- 03-03-IN-0005 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos versión 1.0 del 17 de febrero de 2026.
- 03-03-OD-0001 Gestión PQRSF Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente versión 1.0 del 18 de junio de 2026 - Numeral 8.2 "*Recepción de PQRSF – Peticiones recibidas a través de Buzón de sugerencias*".

5. MÉTODOS, PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

En desarrollo del Plan Anual de Auditoría 2026, la Oficina de Control Interno informó a la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, mediante radicado Agilsalud SSO-2026-240-003691-3 del 5 de agosto del 2026, el inicio de la auditoría interna de cumplimiento, informando el objetivo, alcance, cronograma, equipo auditor y requerimientos de información. Mediante radicado Agilsalud SSO-2026-250-003694-3 de la misma fecha (5 de agosto del 2026) la unidad auditada, generó solicitud de ampliación del plazo para la entrega de información faltante, la cual fue aceptada mediante radicado Agilsalud SSO-2026-240-003718-3 el 11 de agosto del 2026. Posteriormente, mediante radicado Agilsalud SSO-2026-250-003787-3 del 12 de agosto de 2026, la unidad auditada remitió información parcial mediante link de acceso al Drive con la carpeta compartida y nombró el designado para atender oportunamente los requerimientos adicionales de información o documentación que pudieran presentarse; la información faltante fue suministrada vía correo electrónico el 18 de agosto de 2026, conforme a lo solicitado en la ampliación del plazo.

La auditoría se ejecutó de conformidad con los lineamientos normativos y procedimentales aplicables a las Oficinas de Control Interno, bajo un enfoque sistemático y disciplinado que comprendió las fases de planeación, ejecución y comunicación, desarrolladas conforme al cronograma previamente establecido.

En la fase de comunicación, se consolidaron los resultados del ejercicio auditor, se evaluaron las observaciones presentadas por la dependencia auditada y se analizó la información adicional aportada durante la ejecución. No se recibió pronunciamiento por parte del auditado. Con fundamento en los resultados obtenidos y el análisis efectuado, se formularon las recomendaciones definitivas y se elaboró el presente informe.

6. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, el cual dispone 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 (…)*"; esta Oficina efectuó un análisis documental orientado a verificar el cumplimiento de la normatividad vigente y de los lineamientos institucionales aplicables durante el primer semestre de 2026.

Para tal efecto, se revisó la información publicada en la página web institucional, el Sistema de Gestión Integral (SGI) - Almera Institucional, el Sistema de Gestión Documental Electrónico de Archivo (SGDEA) Ágil Salud, el Sistema Distrital Bogotá Te Escucha Beta, la documentación suministrada por el área responsable de la gestión de PQRSDF correspondiente al período evaluado entre la que se incluyó la matriz denominada ""*FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*" y el reporte exportado del aplicativo Bogotá Te Escucha, obtenido durante la prueba de recorrido realizada el 18 de septiembre de 2026.

Mediante la revisión de los documentos aportados por la unidad auditada, la validación de la información complementaria y la aplicación de los respectivos papeles de trabajo, se ejecutó la evaluación a los requisitos propios del subproceso PQRSF del proceso Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Con el fin de verificar la gestión de PQRSDF, la Oficina de Control Interno aplicó pruebas de auditoría cuyo propósito fue evaluar la oportunidad y trazabilidad en el trámite dado a las PQRSDF recepcionadas por la Entidad, durante el primer semestre del año 2026. A través de la verificación analítica a la muestra de expedientes seleccionada, se buscó constatar el cumplimiento de los términos legales de respuesta establecidos en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 y demás normativa aplicable, la trazabilidad del proceso, la gestión de solicitudes anónimas y la efectividad de la atención brindada a los diferentes grupos poblacionales.

Para la evaluación de la gestión de PQRSDF correspondiente al periodo comprendido entre enero y junio de 2026, la Oficina de Control Interno tomó como punto de partida de análisis, la base poblacional de la totalidad de las peticiones registradas y consolidadas en la matriz "*FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*" suministrada directamente por la dependencia auditada, la cual cuenta con un universo total de 10.353 registros. Con el propósito de respaldar el trabajo de auditoría bajo criterios técnicos y normativos del sector público, el tamaño global de la muestra se obtuvo mediante la herramienta de cálculo de la Caja de Herramientas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Para ello, se aplicaron parámetros estadísticos que garantizan la representatividad y confiabilidad de los resultados obtenidos, considerando un margen de error muestral (E) del 7%, una proporción de éxito (P) del 5% y un nivel de confianza del 95%, arrojando un tamaño muestra definitivo de 37 expedientes. A continuación, se detalla la distribución de la muestra consolidada y las variables analizadas para el desarrollo de la prueba:

Tabla No 1: Distribución muestra aleatoria - Tipología

Tipología de requerimiento	Universo (N)	%	Muestra (n)	%
Derecho de petición de interés particular	3912	37,79%	14	37,84%
Reclamo	2850	27,53%	10	27,03%
Derecho de petición de interés general	1241	11,99%	5	13,51%
Queja	1235	11,93%	5	13,51%
Felicitación	932	9,00%	2	5,41%
Sugerencia	84	0,81%	1	2,7%
Solicitud de copia	77	0,74%	0	0,00%
Solicitud información	18	0,17%	0	0,00%
Consulta	4	0,04%	0	0,00%
TOTAL	10353	100,00%	37	100,00%

Origen de los datos Unidad Auditada: FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA. Fuente de los datos de la muestra Papel de trabajo OCI SOPORTE_MUESTRA_6OCT2026. Cuadro elaboración propia de la OCI

La selección de los 37 registros se estructuró mediante un procedimiento de muestreo estratificado proporcional, diseñado para replicar la participación porcentual de cada tipología de requerimiento, tomando como base la clasificación registrada en la columna O "*TIPO DE REQUERIMIENTO*" de la matriz *"FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA"* suministrada por la unidad auditada.

Adicionalmente, se incorporaron dos criterios de focalización de riesgo con el propósito de fortalecer la cobertura de la muestra auditada. En primer lugar, se aseguró la selección de 8 expedientes correspondientes a solicitudes anónimas (columna X, "*NOMBRES USUARIO*"), considerando que 2.137 registros del universo de 10.353 (equivalente al 20%) corresponden a este tipo de solicitudes. Lo anterior, con el fin de evaluar la trazabilidad, gestión y oportunidad de respuesta de las peticiones en las que el ciudadano opta por reservar su identidad. En segundo lugar, se aplicó un criterio de cobertura integral por tipo de población sobre la columna AH ("*TIPO DE POBLACIÓN*"), asegurando la inclusión de al menos un registro por cada uno de los 13 grupos poblacionales identificados en la base (tales como adulto mayor, personas en condición de discapacidad, desplazados, LGBTI, habitante de calle, etnias, población migratoria, gestantes, entre otras). A continuación, se detalla la participación de la muestra por tipo de población:

Tabla No 2: Distribución muestra aleatoria – Tipo de población

TIPO DE POBLACION	No. PQRSDF	No. PQRSDF	Participación de la muestra por tipo de población
Sin dato	5236	12	32,43%
General	2283	4	10,81%
Adulto mayor	1691	8	21,62%
Mayor de 6 a 17 años	359	2	5,41%
Persona en condición de discapacidad	354	3	8,11%
Menor de 5 años	242	1	2,70%
Gestante	90	1	2,70%
Desplazados	35	1	2,70%
Habitante de calle	22	1	2,70%
LGTBI	17	1	2,70%
Etnias	17	1	2,70%
Población migratoria	3	1	2,70%
Desmovilizados	2	1	2,70%
(En blanco)	2	0	0,00%
TOTAL	10353	37	100,00%

Origen de los datos Unidad Auditada: FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA. Fuente de los datos de la muestra Papel de trabajo OCI SOPORTE_MUESTRA_6OCT2026.Cuadro elaboración propia de la OCI

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada uno de los aspectos evaluados, en relación con el cumplimiento de los requisitos definidos en el alcance de la auditoría correspondiente al primer semestre de 2026:

7. CONFORMIDADES

7.1. Verificación del cumplimiento del artículo 277.18 del Decreto 640 de 2025

El artículo 277.18 del Decreto Distrital 640 de 2025 dispone que todas las entidades distritales deberán adoptar como único sistema de peticiones ciudadanas el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas, observando las reglas contenidas en el Manual para la Gestión de Peticiones Ciudadanas definido por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., e incorporándolo dentro del reglamento interno de peticiones ciudadanas de la entidad. Se evidenció que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. adoptó el documento externo EX-03-03-MA-0001 **"***Manual del usuario funcionario del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas***"** versión 1 del 17 de febrero del 2026.

Asimismo, se verificó la adopción e implementación del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas como mecanismo institucional para la recepción, trámite y seguimiento de las peticiones ciudadanas, observándose en el portal web de la Entidad la habilitación del acceso al aplicativo oficial "*Bogotá Te Escucha*", mediante el enlace https://subredsuroccidente.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/pqrsd/, lo que permite a la ciudadanía radicar y gestionar sus solicitudes a través del sistema distrital dispuesto para tal fin.

Como evidencia complementaria de su implementación, se observó el último informe de oportunidad y calidad de las respuestas publicado y emitido por la Dirección Distrital de Calidad del Servicio de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. con fecha 28 de enero del 2026 con asunto: *"Informe consolidado sobre la calidad de las respuestas emitidas a través del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Bogotá te escucha, correspondiente al mes de diciembre de 2025*", identificado con radicado No. 2-2026-1809, en el cual se reporta que: *"(…) el porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad en las respuestas a las peticiones emitidas por la Entidad fue del 100%, y que no se presentaron peticiones vencidas en el sistema (…)"*.

Con base en la evidencia revisada, se observó cumplimiento de lo establecido en el artículo 277.18 del Decreto Distrital 640 de 2025, respecto de la adopción e implementación del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas.

7.2. Verificación de la disponibilidad y acceso del enlace a canales de PQRSDF en la página web institucional

En concordancia con lo dispuesto en el inciso 3 del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, el cual establece: "*Todas las entidades públicas deberán contar con un espacio en su 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 sugerencias que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público*"; con el fin de verificar la disponibilidad y accesibilidad de los mecanismos dispuestos para la presentación de PQRSDF, la Oficina de Control Interno realizó la revisión de los

enlaces publicados en el portal web institucional, documentando mediante capturas de pantalla la funcionalidad de cada acceso y su respectivo redireccionamiento.

En la ruta institucional https://subredsuroccidente.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/pqrsd/ se evidenció la publicación de los diferentes canales habilitados para la atención de la ciudadanía, encontrándose disponibles los siguientes mecanismos de presentación de solicitudes:

- **Buzón de sugerencias:** Ubicados en las Unidades de Servicios de Salud.
- **Correo institucional:** contactenos@subredsuroccidente.gov.co,
- **Aplicativo Bogotá Te Escucha:** Enlace para presentar solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través del siguiente link: https://bogota.gov.co/servicios/bogota-te-escucha/
- **Redes sociales institucionales:** X, **Facebook, e Instagram**
- **WhatsApp:** https://wa.me/573203874455
- **Ventanilla Única de Correspondencia – Sede Administrativa:** Ubicada en la Calle 9 # 39 – 46, con horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.
- **Atención presencial:** En centros de salud y hospitales de la subred.

Adicionalmente, se verificó que el acceso al formulario electrónico para la radicación de peticiones direcciona correctamente a la plataforma distrital a través de la URL https://sdqs.bogota.gov.co/sdqs/publico/registrarPeticionario/?language=es correspondiente al Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas "*Bogotá Te Escucha*".

De igual manera, se revisaron las condiciones de acceso, disponibilidad y funcionamiento del formulario dispuesto en la página institucional, evidenciándose su correcta habilitación y operatividad para la recepción de solicitudes ciudadanas.

Con fundamento en las verificaciones efectuadas, se evidenció que la Entidad dispone de mecanismos visibles y accesibles para la presentación de PQRSDF a través de su portal web institucional, incluyendo el acceso y redireccionamiento al Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas "*Bogotá Te Escucha*", observándose conformidad respecto de los canales de atención publicados para la ciudadanía.

8. HALLAZGOS U OBSERVACIONES

8.1. Incumplimiento de la frecuencia de apertura de buzones físicos establecida en el artículo 277.21 del Decreto 640 de 2025

Criterio:

- **Decreto 640 del 2025: "*Artículo 277.21. Buzones.*** *Las entidades distritales podrán implementar buzones de sugerencias como estrategia para mejorar la calidad del servicio a la ciudadanía. En caso de adoptarse esta herramienta, los buzones deberán abrirse todos los días hábiles.*

  Si se encuentra una petición ciudadana, la misma deberá ser radicada de manera inmediata en el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Bogotá te Escucha".

Situación identificada: En el marco de la evaluación de los mecanismos de escucha y recepción de PQRSDF de la Entidad, la unidad auditada informó que la Subred Integrada de

Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. dispone de 63 buzones físicos en funcionamiento distribuidos en sus diferentes sedes, así como de un enlace visible y de fácil acceso para la presentación de peticiones ciudadanas. La Oficina de Control Interno, corroboró el adecuado funcionamiento del código QR, en uno de los buzones físicos dispuesto para direccionar a los usuarios hacia la plataforma distrital correspondiente para la gestión de peticiones.

No obstante, la revisión de la documentación institucional vigente relacionada con la gestión de las PQRSDF permitió evidenciar la existencia de lineamientos y disposiciones internas que no se encuentran armonizados con la normatividad distrital aplicable, como se describe a continuación:

- **03-03-OD-0001 Gestión PQRSF Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente versión 1.0 del 18 de junio de 2026 - Numeral 8.2 "*Recepción de PQRSF– Peticiones recibidas a través de Buzón de sugerencias*":** *"(…) Se realiza apertura de buzones de manera semanal, los martes y jueves de forma simultánea en todas las localidades con acompañamiento del Veedor respectivo. (…)"*.
- **03-03-PR-0001 Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos versión 1.0 del 17 de febrero del 2026 – Actividad 2 "*Consolidar derechos de petición recepcionados por los diferentes medios*": "***2.** Realizando dos veces por semana el recorrido de Apertura de buzón de sugerencias en cada uno de los Centros de Atención y Hospitales en presencia de un miembro de la asociación de usuarios o un usuario testigo*".
- **Informe estrategias implementadas de buzones de sugerencias de PQRSF - Primer semestre de 2026 – Numeral 3 "*Estrategia de buzones de sugerencias - Cada cuánto se revisan*":** "*Los buzones son revisados y abiertos 2 veces por semana, los días martes y jueves, con el propósito de garantizar la recolección oportuna de las manifestaciones depositadas por los usuarios y evitar acumulación de formatos*".

Lo anterior evidencia que la Entidad ha establecido la apertura de los buzones con una periodicidad de dos veces por semana (martes y jueves), frecuencia que no se encuentra alineada con el requisito normativo señalado en el criterio de auditoría. Esta situación configura un incumplimiento de la disposición aplicable y limita la oportunidad en la gestión y atención de las comunicaciones recibidas a través de dicho mecanismo.

Dado lo anterior, se requiere actualización y armonización de la documentación institucional, así como el fortalecimiento de los controles operativos correspondientes, con el fin de garantizar la gestión oportuna de las manifestaciones ciudadanas, la efectividad del mecanismo de participación y la adecuada trazabilidad de los registros generados a través de este canal de atención.

Igualmente, esta Oficina verificó el Informe de Mecanismos de Escucha PQRSDF correspondiente al primer semestre de 2026, remitido por la unidad auditada, evidenciando que el proceso realiza la consolidación, cuantificación y seguimiento de los diferentes mecanismos de escucha implementados por la Entidad. Como resultado del análisis efectuado, se observó que durante el período evaluado se recibieron 3.460 requerimientos a través de buzones físicos, cifra que representa el 38,05% de los 10.353 requerimientos registrados mediante los diferentes mecanismos de escucha habilitados por la Entidad, constituyéndose en uno de los canales de mayor utilización por parte de la ciudadanía.

Asimismo, se identificó que: **i)** La sede con mayor utilización de este mecanismo fue el Hospital Occidente de Kennedy, con 811 requerimientos recibidos a través de buzón físico

durante el primer semestre de 2026, lo que evidencia una participación significativa de este canal en la recepción de manifestaciones ciudadanas en dicha sede y **ii)** El mayor uso de los buzones se presentó durante el mes de marzo de 2026, período en el que se registraron 603 requerimientos recibidos por este mecanismo, equivalentes al 59,00% del total de requerimientos reportados para dicho mes, constituyéndose en el nivel de participación más alto observado durante el período analizado, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No 3: Porcentaje de requerimientos recibidos por buzón

MES	TOTAL, DE REQUERIMIENTOS	NÚMERO DE REQUERIMIENTO RECIBIDO POR BUZÓN	PORCENTAJE CON RELACIÓN AL TOTAL DE REQUERIMIENTOS RECIBIDOS
Enero	1406*	525	37,34
febrero	1481	602	40,65
Marzo	1779	603	59,00
Abril	1894*	590	31,15
Mayo	1955	580	29,67
Junio	1838	560	30,47
TOTAL	10353	3460	38,05

Fuente de los datos: "INFORME - MECANISMOS DE ESCUCHA PQRS JUNIO FINAL 2026". Consolidada elaboración propia OCI.

De otra parte, con relación a la consistencia de la información reportada con respecto del total de requerimientos, se evidenciaron diferencias entre los datos registrados en la base de datos "*FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*" y los consignados en el "*INFORME - MECANISMOS DE ESCUCHA PQRSDF JUNIO FINAL 2026*", específicamente en los meses de enero y abril. En este sentido, mientras la matriz reporta 1.407 registros para enero y 1.893 para abril**,** el informe de mecanismos de escucha registra 1.406 y 1.894 requerimientos**,** respectivamente. Si bien las diferencias identificadas corresponden a un registro para cada uno de los meses señalados, esta situación evidencia inconsistencias entre las fuentes de información utilizadas para la generación de reportes institucionales, afectando los atributos de calidad, integridad y confiabilidad de los datos.

Por lo anterior, se recomienda fortalecer los controles de validación, conciliación y aseguramiento de la información previo a la consolidación y publicación de los informes de gestión, con el fin de garantizar la coherencia y trazabilidad de las cifras reportadas.

Efectos/Riesgo: La situación identificada puede generar incumplimiento de la normativa distrital vigente y aumentar el riesgo de retrasos en la recepción, radicación y gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias depositadas por la ciudadanía. Asimismo, afectar la oportunidad en la atención de los requerimientos, la efectividad de los canales de participación ciudadana, la observancia de los términos legales de respuesta y la confiabilidad del mecanismo de recepción de manifestaciones ciudadanas.

Recomendación: Ajustar los lineamientos para la administración y apertura de buzones físicos de tal manera que garantice su revisión y apertura todos los días hábiles, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 277.21 del Decreto 640 de 2025. Igualmente, fortalecer los mecanismos de seguimiento y control para asegurar que las peticiones ciudadanas encontradas en los buzones sean radicadas de manera inmediata en el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas "*Bogotá Te Escucha*", garantizando la oportunidad y trazabilidad de su gestión.

8.2. Reincidencia en la inobservancia de la clasificación de riesgo y del control de oportunidad en la gestión de reclamos en Salud, conforme a la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud

Criterios:

- **Circular Externa 2023151000000010-5 del 2023: "Numeral 3.3.2 *Términos para resolver las PQR*:** *Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para tal efecto en el -CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimento, se requiere la solución de las PQR que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos:*

  3.3.2.1 Reclamos de riesgo simple: *Los reclamos de riesgo simple en salud presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia y trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de radicación.*

  Estos reclamos deberán ser resueltos con los máximos niveles de accesibilidad, efectividad, seguimiento y control, siendo resolutiva y garantizando que las acciones adelantadas den respuesta a lo requerido, remitiendo los soportes de lo actuado.

  No obstante, en las situaciones en que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

  a) *Consultas médicas (Ley 1171 de 2007, art. 12): Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.*
  b) *Formula de medicamentos (Ley 1171 de 2007, art. 13): Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.*
  c) *Reclamo por entrega incompleta de medicamentos (Art, 5, numeral 7 Res. 1604 de 2013): Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación.*
  d) *Continuidad de servicios (Art. 6 Principios, literal d) Ley 1751de 2015): Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.*

  Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades del caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete el derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de setenta y dos (72) horas para resolver las PQR debe entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

3.3.2.2 Reclamos de riesgo priorizado: *Estos reclamos en salud deberán ser resueltos con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas.*

3.3.2.3 Reclamos de riesgo vital: *Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro (24) horas.*

3.3.2.4 Peticiones generales: *Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:*

a) *Peticiones generales: quince (15) días hábiles.*
b) *Solicitudes de información: diez (10) días hábiles.*
c) *Copias: dentro de los tres (3) días hábiles – Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgencia, serán catalogados como reclamos.*

*Teniendo en cuenta el literal b) Principio Pro Homine del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, las autoridades y demás actores del Sector Salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas**."***

- **ABECÉ Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 "*Términos para resolver los reclamos en salud y nueva clasificación de motivos*":** *"6. ¿Los términos para resolver los reclamos en salud son en tiempo hábil? No. Todos los términos establecidos en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023 consideran horas corridas, no horas hábiles"* y *"7. ¿En qué momento empiezan a contar los términos para resolver los reclamos radicados en la Superintendencia Nacional de Salud -SNS y trasladados a la entidad correspondiente de gestionarlo? Los términos para dar respuesta a los reclamos recibidos por la Superintendencia Nacional de Salud empiezan a contar a partir de la fecha y hora de radicación. Por lo anterior, este plazo incluye el traslado a la entidad, el análisis y respuesta que deban emitir al usuario."*

Situación identificada: En el marco del seguimiento realizado a la gestión de PQRSDF correspondiente al primer semestre de 2026, se evidenció que persiste la situación previamente reportada por la Oficina de Control Interno en el Informe OCI-SISSSO-IL-2026-09 del 7 de mayo de 2026, mediante el cual se evaluó el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2025, sin que durante el periodo objeto de la presente auditoría se observaran mecanismos formales que permitieran subsanar la condición identificada.

La revisión de la base de datos suministrada a esta Oficina denominada "*FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*" arrojo un total de 2850 requerimientos clasificados en la categoría "*Reclamo*", entendidos como solicitudes mediante las cuales se pone en conocimiento una situación que genera barreras en el acceso a la prestación de un servicio y cuyo término de respuesta corresponde a 15 días hábiles. Sin embargo, no se observaron campos de información que permitieran identificar si dichos reclamos correspondían a riesgos simples, priorizados o vitales, condición que imposibilitó verificar la oportunidad de su atención conforme a los tiempos de respuesta medidos en horas establecidos en la Circular Externa 2023151000000010-5.

Lo anterior es de especial relevancia considerando que la Circular Externa 20231510000000010-5 de 2023 establece que los reclamos en salud que afecten la salud o la vida de los usuarios deben resolverse de acuerdo con criterios de riesgo y oportunidad, determinando términos máximos de respuesta de hasta setenta y dos (72) horas para reclamos de riesgo simple, cuarenta y ocho (48) horas para reclamos de riesgo priorizado y veinticuatro (24) horas para reclamos de riesgo vital. Asimismo, precisa que dichos términos corresponden a horas corridas y deben contabilizarse desde la fecha y hora de radicación del requerimiento.

En consecuencia, la ausencia de mecanismos formales de clasificación y priorización del riesgo limita la capacidad institucional para garantizar la identificación oportuna de aquellos requerimientos que demandan una atención inmediata o preferente, así como para asegurar el cumplimiento de los términos especiales definidos por la normatividad vigente.

Es importante precisar que, mediante nota interna SSO-2026-250-004327-3, recibida el 28 de agosto de 2026, la unidad auditada informó que a partir del mes de julio de 2026 inició la clasificación de las peticiones conforme al esquema de riesgo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud, incorporando dicha variable en la base de datos operativa utilizada para la gestión de los requerimientos ciudadanos.

Si bien esta acción constituye un avance frente a la situación identificada, su implementación se produjo con posterioridad al periodo objeto de evaluación de la presente auditoría (enero-junio de 2026); en consecuencia, no fue posible verificar su aplicación durante el alcance auditado ni evaluar la efectividad del control implementado. Por tal razón, la observación se mantiene abierta y su eventual cierre estará sujeto a la realización de pruebas de recorrido y validaciones posteriores que permitan evidenciar la incorporación efectiva de la clasificación de riesgo en la gestión integral de los requerimientos durante el segundo semestre de 2026.

Efectos/Riesgo: La inexistencia de una clasificación formal y estandarizada de los reclamos en salud según su nivel de riesgo puede ocasionar que requerimientos asociados a riesgos vitales o priorizados sean tramitados bajo los términos ordinarios aplicables a peticiones generales, ocasionando incumplimientos de los plazos especiales establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta situación puede derivar en la atención extemporánea de necesidades asistenciales urgentes, interrupciones en la continuidad del tratamiento, retrasos en la entrega de medicamentos, insumos o servicios requeridos, agravamiento de la condición clínica de los pacientes, incremento del riesgo de complicaciones permanentes y, en casos extremos, la ocurrencia de eventos que comprometan la vida o integridad del usuario. Adicionalmente, expone a la Entidad a riesgos de incumplimiento normativo, afectación reputacional y posibles actuaciones administrativas por parte de los organismos de inspección, vigilancia y control.

Recomendación: Revisar, ajustar y/o actualizar los instrumentos de control asociados a la gestión de PQRSDF, fortaleciendo los mecanismos de seguimiento y monitoreo de los términos de respuesta establecidos normativamente, de manera que se incorporen formalmente los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud para la clasificación y el tratamiento diferencial de los reclamos en salud. Asimismo, establecer controles efectivos y medibles que generen evidencia suficiente sobre su aplicación, contribuyendo al cumplimiento de los principios de oportunidad, accesibilidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud.

8.3. Debilidades en la parametrización, registro y caracterización de grupos poblacionales focalizados trans en la base de datos de PQRSDF

Criterio:

- **Circular Externa 2024150000000011-5 del 2024:** III "*Focalización poblacional" Para la aplicación de la presente circular se tendrá en cuenta la focalización poblacional de las personas trans que presentan características particulares, sociales, culturales, étnicas, económicas y/o físicas, por las cuales presentan mayor exposición a vivir situaciones de discriminación, pobreza y vulneración a su derecho fundamental a la salud; por ende, se deberá tener en cuenta la integración y articulación de la atención en salud entendiendo las necesidades diferenciales que pueden emerger en la intersección con otras condiciones de especial protección tal y como lo ha reconocido la Corte Constitucional mediante Sentencia SU-440 de 2021 en relación con la protección especial de las personas trans. Se consideran grupos poblacionales focalizados los siguientes, identificados a través de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, así como en la revisión de casos de sentencias de tutela en las que se destacan barreras administrativas en salud para las personas trans: A. Persona víctima de conflicto armado, B. Persona en situación de habitabilidad de calle, C. Pertenencia étnica, D. Personas con discapacidad, E. Personas migrantes, F. Personas privadas de la libertad, G. Personas gestantes, H. Infancias y adolescencias trans, I. Personas trans mayores, J. Personas trans con VIH/SIDA y K. Trabajadoras y trabajadores sexuales y* IV "*Instrucciones*", literal B "*Instrucciones a entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal"* y numeral 5. *"Efectuar la focalización y caracterización de las personas trans en el territorio para la recolección y reporte de información en caso de requerirse".*

Situación identificada: Como resultado de la revisión del archivo "*FINAL_MÁSTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*", específicamente de la columna AH "*TIPO DE POBLACIÓN*", al hacer la revisión de la Tabla 2 Distribución muestra aleatoria – Tipo de población de este informe, se identificó que el catálogo de opciones desplegables y los registros asociados no incorporan integralmente las tipologías poblacionales para las personas trans contempladas en la Circular Externa 2024150000000011-5 de 2024, identificándose la ausencia de categorías tales como: personas en situación de calle, grupos étnicos, personas privadas de la libertad, infancias y adolescencias trans, personas trans mayores, personas trans que viven con VIH/SIDA y trabajadoras y trabajadores sexuales.

Igualmente, se verificaron las tipologías de población establecidas en el ítem 33 del numeral 3.1 "*DESCRICIÓN DE LOS PASOS DE LA ACTIVIDA A REALIZAR*" del 03-03-IN-0005 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos versión 1.0 del 17 de febrero de 2026, sin evidencia de las categorías establecidas en la mencionada Circular.

La situación descrita evidencia que la estructura de clasificación poblacional utilizada por el subproceso presenta oportunidades de mejora frente a los requerimientos de focalización y caracterización establecidos en la mencionada Circular, limitando la identificación adecuada de determinados grupos poblacionales objeto de enfoques diferenciales.

Efectos/Riesgo: La deficiente parametrización de grupos poblacionales focalizados en la base de datos de PQRSDF incrementa el riesgo de inconsistencias en los ejercicios de caracterización de usuarios, afectando la calidad, integridad, oportunidad y trazabilidad de la información utilizada para la focalización, seguimiento y/o reporte institucional. Asimismo, puede limitar la identificación de necesidades específicas de estos grupos poblacionales y

dificultar la formulación, implementación y evaluación de acciones diferenciales orientadas a garantizar el acceso efectivo y la atención integral en salud.

Recomendación: Revisar, actualizar e implementar los procedimientos, instrumentos de control y mecanismos de seguimiento asociados a la gestión de PQRSDF, con el fin de asegurar la incorporación de los grupos poblacionales focalizados definidos en la Circular Externa 20241500000000011-5 de 2024 de la Superintendencia Nacional de Salud; particularmente aquellas que afectan a las personas trans conforme a las categorías indicadas en dicha circular (víctimas del conflicto armado, en situación de calle, grupos étnicos, con discapacidad, migrantes, privadas de la libertad, gestantes, infancias y adolescencias trans, trans mayores, trans que viven con VIH/SIDA y trabajadoras y trabajadores sexuales), así como fortalecer la identificación, análisis y tratamiento de las barreras administrativas en salud. Asimismo, establecer controles efectivos y medibles que permitan monitorear el cumplimiento de los tiempos de respuesta de las peticiones asociadas al criterio de la norma, generar evidencia suficiente de su efectividad y garantizar la observancia de los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad con enfoque diferencial en la prestación de los servicios de salud en la generación de la respuesta

8.4. Debilidades en la definición, formalización y actualización del Control No. 036 asociado al riesgo de inoportunidad en la gestión de PQRSDF

Criterios:

- **Guía para la Gestión Integral de Riesgos en Entidades Públicas versión 7 de agosto del 2025 - Numeral 3.7 Análisis de severidad - Paso 3 Diseño y Análisis de Controles:** **"***Las actividades de control son acciones concretas y con unos atributos específicos que son establecidas a través de políticas, procedimientos u otras directrices o documentos institucionales e implementadas con el propósito de ofrecer una seguridad razonable respecto al logro de los objetivos. Para la identificación o bien el diseño de controles se debe tener en cuenta que:*

    - *Estas se pueden diseñar y establecer para cada riesgo a través de diferentes mecanismos, bien sea a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer, o a través del análisis de los procedimientos, manuales, guías y/o instructivos que el líder del proceso haya diseñado para la gestión de la actividad que genera la exposición al riesgo.*
    - *Se requiere considerar los diferentes atributos de las actividades de control para asegurar aspectos tales como: los responsables de su ejecución, la segregación de funciones y niveles de autoridad apropiados.*
    - *Las actividades de control deberán atender las causas raíz identificadas y enfocarse en la gestión de los factores de riesgo previamente identificados. Estas serán mayormente efectivas cuando cuenten con todos sus atributos y cuando estén directamente relacionadas con tales causas y factores de riesgo."*

- **01-01-OD-0008 Política para la Gestión Integral del Riesgo versión 8.0 del 18 de diciembre del 2025 - Numeral 2:** *"En la Subred Sur Occidente E.S.E., la Alta Dirección se compromete a promover la gestión integral del riesgo en todas sus operaciones, en conjunto con todos sus colaboradores y grupos de interés, en el marco de referencia normativo aplicable, a partir del establecimiento del contexto, la identificación, análisis de riesgos inherentes, tratamiento,* ***diseño y análisis de controles****, y valoración de riesgos residuales; con el interés de aportar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y*

metas institucionales amparados en la promoción de una cultura de prevención y autocontrol, uso eficiente de los recursos y ejercicio del esquema de autoridad y responsabilidad definido en el marco de líneas de defensa." (subrayado y negrilla propio de la OCI).

- **01-01-GI-0002 Guía Gestión Integral del Riesgo versión 9.0 del 1 de junio del 2026 - Numeral 6.4.2.4.5 Diseño y Análisis de controles:** "*(…) Un control no corresponde al documento, formato o soporte, sino a la acción concreta que realiza el proceso para prevenir, detectar o corregir una situación de riesgo. Por ejemplo, una conciliación, una validación, una revisión, una autorización, una lista de chequeo, una verificación en sistema o un seguimiento periódico.*

  Los controles deberán estar documentados en procedimientos, protocolos, guías, instructivos, sistemas institucionales u otros documentos del proceso, y deberán estar redactados con los siguientes elementos:

  Responsable + periodicidad + evidencia verificable de su ejecución + en qué documento se encuentra el control. (…) "

Situación identificada: En la revisión del "*SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE RIESGOS 2026*" Institucional se evaluó el riesgo con código 03014: *"Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento"*, para el cual se encuentran registrados los siguientes controles:

1. **Código 036:** Procedimiento 03-01-PR-0001 Recepción, Trámite y Respuesta equipo de PQRS.
2. **Código 037:** Seguimiento semanal por parte del equipo de PQRS a los tiempos de respuesta mediante alertas vía correo electrónico con la semaforización de base de datos interna con la que cuenta la oficina como herramienta de sistematización y control.

Como resultado de la revisión documental realizada en el aplicativo Almera para el periodo auditado, se evidenció que el procedimiento identificado como control No. 036 bajo el código 03-01-PR-0001 no se encuentra vigente, toda vez que el documento actualmente publicado corresponde al 03-03-PR-0001 Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos versión 1.0 del 17 de febrero del 2026. Adicionalmente, se observó que el propio procedimiento registra en su control de cambios la actualización derivada del mapa de procesos institucional, indicando que el documento pasó de la codificación 03-01-PR-0001 a 03-03-PR-0001, manteniendo la misma finalidad operativa.

Se identificó que el procedimiento fue incorporado dentro de la matriz de riesgos del proceso Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, como un control específico para la mitigación del riesgo; sin embargo, desde la metodología de administración de riesgos, un procedimiento constituye un documento que describe actividades, responsabilidades y lineamientos operativos, no obstante, por sí mismo no representa necesariamente un control. Los controles corresponden a actividades concretas de naturaleza preventiva, detectiva o correctiva, incorporadas dentro de los procedimientos o ejecutadas durante la operación del proceso.

En consecuencia, se evidencian inconsistencias tanto en la actualización documental del control registrado como en su definición y tipificación dentro de la matriz de riesgos, afectando la adecuada trazabilidad entre el riesgo identificado, las actividades de control implementadas y los atributos metodológicos exigidos para su formalización y evaluación.

Efectos/Riesgo: La existencia de controles desactualizados o inadecuadamente definidos puede afectar la confiabilidad de la matriz de riesgos y limitar la evaluación de la efectividad de los controles implementados, incrementando la probabilidad de materialización del riesgo asociado a la inoportunidad en la gestión de PQRSDF. Asimismo, dificulta la trazabilidad, monitoreo y seguimiento de las acciones de control y genera debilidades en la consistencia del Sistema de Control Interno.

Recomendación: Efectuar una revisión integral del Control No. 036 y de los demás controles asociados al riesgo código 03014, con el fin de: **i)** Actualizar la referencia documental, incorporando el nombre y código vigente del procedimiento aplicable, **ii)** Verificar la coherencia entre el riesgo, sus causas y los controles definidos para mitigarlo, **iii)** Revisar los atributos de formalización y tipificación del control, asegurando que correspondan a actividades de control concretas y verificables, y no únicamente a documentos o procedimientos de soporte y **iv)** Ajustar la matriz de riesgos conforme a los lineamientos metodológicos institucionales y externos para garantizar la trazabilidad, consistencia y evaluación efectiva de los controles implementados.

8.5. Inconsistencias en la estandarización, integridad, calidad y confiabilidad de la matriz de requerimientos utilizada para la gestión, seguimiento y control de las PQRSDF

Criterios:

- **Ley 87 de 1993:** ***"Artículo 2. Objetivos del sistema de Control Interno.*** *Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: (…)* ***e.*** *Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; (…)."*

- **Ley 1712 de 2014:** *"**Artículo 3. Otros principios de la transparencia y acceso a la información pública.** En la interpretación del derecho de acceso a la información se deberá adoptar un criterio de razonabilidad y proporcionalidad, así como aplicar los siguientes principios: (…)* ***Principio de la calidad de la información.*** *Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad. (…)."*

- **03-03-IN-0005 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos versión 1.0 del 17 de febrero de 2026 - Numeral 3.1 "*Descripción de los pasos de la actividad a realizar*":**

  - ✓ **Ítem 2 – Localidad: "***Esta variable está formulada en la Matriz; de tal manera que, una vez se registra la Unidad el sistema relaciona la Localidad a la cual pertenece dicha unidad, por defecto.*"

- ✓ **Ítem 5 – Comodín:** *"Esta variable está formulada en la Matriz; y el objetivo es generar un error si el número de petición quedo mal asignado; de tal manera que reduce la posibilidad de duplicar o saltar consecutivos mitigando errores en el diligenciamiento de la Matriz."*
- ✓ **Ítem 6 – Validación columna d:** *"Esta variable está formulada en la Matriz y como su nombre lo indica valida que el consecutivo interno de número de petición esté en orden o señala si hay error en el mismo."*
- ✓ **Ítem 7 – Mes:** *"Se registra el mes en que se recepciona y registra el comentario el comentario, tiene que ser el mismo registrado en el Aplicativo Bogotá Te Escucha.*
  Control 2: *"Antes de iniciar a registrar mes siguiente, se debe validar con todo el personal PQRS, la totalidad de registros del mes inmediatamente anterior, para evitar se genere error en el diligenciamiento de la Matriz."*
- ✓ **Ítem 8 – Radicado Agilsalud:** *"Una vez se recepciona el comentario a través de cualquier mecanismo de escucha, éste debe radicarse en el Sistema de Gestión documental AGILSALUD; este sistema arroja un radicado, con el cual se puede realizar la trazabilidad en cuanto a tiempos y personas responsables de emitir la respuesta.*
  Control 3: *En este espacio, además de debe diligenciar el número Radicado electrónico y el radicado de salida."*
- ✓ **Ítem 9 – Número de acta de apertura de buzón:** *"Se registra el Número consecutivo de la apertura de los buzones. Este Número es consecuente con el Número de acta y fecha en que se realiza la apertura.*
  Control 4: *el consecutivo del número del acta para todos es igual."*
- ✓ **Ítem 10 – No de registro en el aplicativo sdqs:** *"Es el número que arroja el Aplicativo Bogotá Te Escucha, una vez se registra la PQRS.*
  Control 5: *Por Decreto Distrital 371 de 2010, se debe registral el total de las peticiones ciudadanas recibidas por la Entidad, por los diferentes mecanismos de escucha dispuestos."*
- ✓ **Ítem 11 – Validación del radicado:** *"Esta variable está formulada en la Matriz y permite reducir el error en duplicidad de Números BTE, es una alerta para mitigar riegos de repetición de requerimientos."*
- ✓ **Ítem 12 – Fecha de recepción:** *"Se diligencia la fecha en que se recepcionó la petición. Es decir; la fecha en que la Entidad recibe oficialmente el documento, si las peticiones ingresan por buzón, se coloca la fecha de apertura (verificar sello de recepción y acta de apertura de buzón).*
  Para redes sociales, WhatsApp de Defensora, fecha en que informar al proceso PQRS.
  Radicado por ventanilla, fecha de radicado y correo electrónico fecha en que radica el área de correspondencia.
  Control 6: *El mes de recepción debe coincidir con la fecha de recepción y con consecutivo relacionado en Matriz."*
- ✓ **Ítem 13 – Fecha de notificación al líder responsable:** *"Se registra la fecha en la que se notifica a través de AGILSALUD, al líder responsable de la investigación y gestión respuesta al requerimiento.*
  Nota: *En este espacio no se relaciona información cuando son traslados tanto a entidades como dependencias de la Subred."*
- ✓ **Ítem 14 – Tipo de requerimiento:** *"Se debe seleccionar (desplegar) el tipo de petición del comentario recepcionado: (…) -* ***Denuncia por posibles actos de corrupción:*** *Es la puesta en conocimiento ante una autoridad de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa sancionatoria o ético - profesional. (16-00 PT-0001 Protocolo para el tratamiento de quejas y denuncias) (…)*

(…) ***- Solicitud de Copias de Documentos:*** *(…)"*

- ✓ **Ítem 15 – Queja de trato deshumanizado:** *"Realizar el diligenciamiento en caso en que el comentario sea clasificado como queja de trato deshumanizado.*
  Control 6: *Los profesionales deben validar antes de enviar la respuesta a firma que coincida la tipología en la Matriz, en el BTE y en la respuesta.*
  Control 7: *Una vez analizada la queja por el equipo de humanización (5 primeros días de cada mes para evaluar quejas registradas mes anterior) y si ésta indica que el servidor presento comportamientos como altivez, hizo uso de palabras soeces contra el usuario, presento actitudes de discriminación, la queja se clasifica como Deshumanizada; de lo contario se clasifica como otro; siempre y cuando esta petición no haya sido ya respondida. Después de ya emitida la respuesta y cargada el BTE no se pueden generar cambios de tipología ni de categoría en el caso de Quejas por trato deshumanizado u otro."*
- ✓ **Ítem 16 – Estado del requerimiento en la unidad:** *"Se debe registrar el estado actual del requerimiento: Contestado (…) Pendiente (…) Trasladado a otra entidad (…) Traslado Interno (…) Ampliación/ Aclaración."*
- ✓ **Ítem 17 – Estado del requerimiento en sdgpc:** *"Se debe registrar el estado actual del requerimiento una vez los profesionales revisan las respuestas; las cuales son asignadas desde AGILSALUD por el Técnico de cada Unidad; las categorías son las siguiente: Devolución (…) Pendiente firma (…) Respuesta parcial (…) Cerrado con respuesta definitiva (…) Con solicitud de ampliación" (…) "Respuesta con desistimiento tácito."*
- ✓ **Ítem 18 – Vencimiento:** *"Esta columna está formulada y arroja el dato de la fecha límite en que se debe dar respuesta dentro de los términos de ley, según sea la tipología del requerimiento.*
  Control 8: *Este dato esta convalidado con la fecha de recepción y tipo de requerimiento, por ello la importancia de registrar los datos de manera adecuada desde el momento de la lectura de la petición, actividad que realizan los técnicos y profesionales PQRS."*
- ✓ **Ítem 20 – Días de respuesta desde apertura de buzón o recepción:** *"Esta columna está formulada y arroja el número de días trascurridos entre fecha de apertura de buzón o recepción y la fecha de respuesta del comentario (Asocia las columnas 13 y 15)."*
- ✓ **Ítem 22 – Días de respuesta del líder responsable:** *"Esta columna está formulada y arroja el número de días trascurridos entre fecha de apertura de buzón o fecha de notificación al líder responsable y la fecha de respuesta del líder responsable (columna 18 y 19)."*

Situación identificada: Durante la ejecución de la auditoría, el área auditada suministró mediante correo electrónico del 18 de agosto de 2026, la matriz denominada *"FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA"* identificada como su principal herramienta para el control interno, seguimiento y monitoreo estadístico de las PQRSDF. Sobre este instrumento, la Oficina de Control Interno realizó pruebas sustantivas orientadas a verificar la calidad, integridad y confiabilidad de la información registrada, determinando que la matriz no reúne las condiciones técnicas requeridas para soportar adecuadamente la administración y seguimiento del proceso por las siguientes razones:

- El archivo aportado por la unidad auditada carece de codificación, versión, fecha de emisión o cualquier otro elemento que permita identificarlo formalmente dentro del Sistema de Gestión. No obstante, al consultar en ALMERA la documentación vigente asociada al subproceso de PQRSF, se identificó el formato 03-03-FO-0006 *"Matriz de*

Requerimientos", el cual presenta coincidencia en la mayoría de los campos registrados en el archivo suministrado. Sin embargo, al efectuar el contraste entre ambos documentos se evidenciaron modificaciones de forma y organización de varios campos, así como el cambio de denominación del ítem *"Servicio Involucrado"* por *"No Aplica"*. Adicionalmente, se observó la incorporación de los campos *"Barreras de Acceso / Actualización"* y *"Descripción de la Barrera"*, los cuales no se encuentran contemplados en la versión oficial del formato. Estas variaciones evidencian la utilización de una herramienta que difiere de los lineamientos documentales formalmente aprobados para el proceso.

- Se evidenciaron debilidades en la matriz derivadas de su diligenciamiento manual, lo que genera riesgo de omisiones, errores de digitación e inconsistencias en la información registrada, limitando la confiabilidad de los datos y la efectividad de los mecanismos de control y seguimiento, como a continuación se detalla:

  - **Ítem 2 – Localidad (Columna B):** 2 registros sin relación de la localidad y 3 unidades las cuales tienen asociadas más de una localidad.

  - **Ítem 5 – Comodín (Columna E) e Ítem 6 – Validación columna d (Columna F):** 1 registro sin validación (NP 384) y salto de consecutivos: 5295 a 5298, 5374 a 5377, 5576 a 5578, 5578 a 5580, 5919 a 5921, 5922 a 5924, 6299 a 6301, 6303 a 6305 y 6490 a 6492.

  - **Ítem 7 – Mes (Columna H) e Ítem 12 – Fecha de recepción (Columna L):** En 8 registros el mes de recepción no coincide con la fecha de recepción.

  - **Ítem 8 – Radicado Agilsalud (Columna G):** Se evidenciaron 258 registros sin radicado (NO APLICA), radicados repetidos por estar asociados a varios registros, ID's que no corresponden con la estructura de Agilsalud (Ej.: 146910, 116811, 143873, 133876, 138855, 136669, 116214, SO-2026-4-003709-4), registros con un solo radicado o más de dos radicados, texto y fechas en los registros, entre otros.

  - **Ítem 9 – Número de acta de apertura de buzón (Columna I):** 3 registros cuyo medio de recepción es email y por ende no aplica este campo sin embargo 1 de ellos está sin diligenciar la información y en 2 se diligencio email lo que no corresponde y en 16 registros no se relacionó el No. de acta de apertura.

  - **Ítem 10 – No de registro en el aplicativo sdqs (Columna J) e Ítem 11 – Validación del radicado (Columna K):** Se evidenciaron 6 registros sin radicado, 1 radicado repetido, 20 registros sin validación, 67 registros con 2 o más radicados y se recomienda estandarizar el nombre del ítem diligenciado en la base "*No. BOGOTA TE ESCUCHA*" con el señalado en el instructivo. En cuanto el Decreto Distrital 371 de 2010 citado en este ítem del instructivo, se precisa que este fue derogado por el numeral 78 del artículo 484 del Decreto Único Sectorial 640 de 2025. Igualmente, se evidenció un presunto subregistro en el universo de información, pues al contrastar la matriz "*FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*" (10.353 registros) con el reporte descargado directamente de la plataforma Bogotá Te Escucha (BTE) durante la prueba de recorrido del 18 de septiembre (11.701 radicados únicos), se detectó una diferencia de 1.348 peticiones.

- **Ítem 13 – Fecha de notificación al líder responsable (Columna M):** 3 registros con diligenciamiento de fecha erróneo, 2 "*SIN DATO*", 367 registros cuyo estado del requerimiento no corresponde a traslados ("*CONTESTADO*", "CERRADO POR NO PETICION CIUDADANA", "SOLICITUD DE ACLARACION" y "SOLICITUD DE AMPLIACIÓN"), sin embargo, están diligenciados como "NO APLICA". Igualmente, en cuanto los registros "SIN DATO" y "NO APLICA", en 13 fue registrada fecha de respuesta del líder responsable (Columna V). Por otro lado, se identificaron 3.543 registros pese a que el estado del requerimiento corresponde a traslados a otras entidades o internos ("TRASLADADO A OTRA ENTIDAD", "TRASLADO A OTRA ENTIDAD", "TRASLADO CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO", "TRASLADO EN SDGPC A CONTRATACION", "TRASLADO EN SDGPC A JURIDICA", "TRASLADO EN SDGPC A SALUD PUBLICA" y "TRASLADO EN SDGPC A TALENTO HUMANO" se relacionó la fecha de recepción y 1 registro (NP 4682) con estado trasladado a otra entidad, fecha de notificación al líder responsable "NO APLICA" pero diligenciada la fecha de respuesta del líder responsable.

- **Ítem 14 – Tipo de requerimiento (Columna O):** No se observaron en la matriz registros asociados a denuncias por posibles actos de corrupción, sin embargo, en el reporte de BTE se visualizaron 36 registros con la tipología "DENUNCIA POR ACTOS DE CORRUPCION". Se recomienda estandarizar la tipología diligenciada en la base "SOLICITUD DE COPIA" con la señalada en el instructivo "Solicitud de Copias de Documentos". Igualmente, teniendo en cuenta el control 6 señalado en el ítem 15 del instructivo, se sugiere articular la denominación de las tipologías para que coincidan en BTE, la matriz y el instructivo.

- **Ítem 15 – Queja de trato deshumanizado (Columna P):** 2.718 registros vacíos, 7.237 con "NO APLICA" y se recomienda estandarizar la información diligenciada en la base "QUEJA DE TRATO DESHUMANIZADO", "TRATO DESHUMANIZADO" y "NO APLICA" con la señalada en el instructivo "Deshumanizada" u "Otro".

- **Ítem 16 – Estado del requerimiento en la unidad (Columna Q):** 1 registro con "*NO APLICA*" y se recomienda estandarizar la información diligenciada en la base que a continuación se relaciona con los estados señalados en el instructivo: Contestado, Pendiente, Trasladado a otra entidad, Traslado Interno y Ampliación/Aclaración, así como el nombre del ítem diligenciado en la base "ESTADO DEL REQUERIMIENTO" con el señalado en el instructivo.

- **Ítem 17 – Estado del requerimiento en sdgpc (Columna R):** No se encuentra estandarizada la información diligenciada en la matriz con los estados señalados en el instructivo: Devolución, Pendiente firma, Respuesta parcial, Cerrado con respuesta definitiva, Con solicitud de ampliación y Respuesta con desistimiento tácito, así como el nombre del ítem diligenciado en la matriz "ESTADO DEL REQUERIMIENTO EN LA CENTRAL" con el señalado en el instructivo.

- **Ítem 20 – Días de respuesta desde apertura de buzón o recepción (Columna U):** Las columnas 13 "fecha de notificación al líder responsable" y 15 "Queja de trato deshumanizado" a que se hace referencia en el instructivo, no son variables que puedan arrojar el número de días transcurridos entre la fecha de apertura de buzón o recepción y la fecha de respuesta del comentario. Las variables a considerar serían las columnas 12 "fecha de recepción" y 19 "fecha de respuesta del comentario".

- **Ítem 22 – Días de respuesta del líder responsable:** Las columnas 18 "vencimiento" y 19 "fecha de respuesta del comentario" a que se hace referencia en el instructivo, no son variables que puedan arrojar el número de días transcurridos entre la fecha de notificación al líder responsable y la fecha de respuesta del líder responsable. Las variables a considerar serían las columnas 13 "fecha de notificación al líder responsable" y 21 "fecha de respuesta del líder responsable". Se observaron 4 registros sin fecha de notificación al líder responsable y fecha de respuesta del líder responsable y 3 registros con diligenciamiento de la fecha errónea, con cálculo de días transcurridos o vacías.

- **Otras: i)** Registros con fechas diligenciadas de manera incorrecta: dos (2) casos (NP 8804 y 8805) en la columna T "*FECHA DE RESPUESTA DEL COMENTARIO*" y tres (3) casos (NP 374, 456 y 9615) en la columna V *"FECHA DE RESPUESTA DEL LÍDER RESPONSABLE*"; **ii)** Se identificaron inconsistencias en la estandarización de la información, reflejadas en diferencias de espacios y tildes para un mismo dato registrado en las columnas C "*RECEPCIÓN Y GESTIÓN*", I "*NÚMERO DE ACTA DE APERTURA DE BUZÓN"*, O *"TIPO DE REQUERIMIENTO"*, V *"FECHA DE RESPUESTA DEL LÍDER RESPONSABLE*" y X *"NOMBRES USUARIO"*; **iii**) La columna N "*MEDIO DE RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO"* se encuentra incluida en la base de datos, pero no está contemplada en el instructivo de diligenciamiento; **iv)** Se evidenció que las columnas AQ *"SUBTEMAS BARRERAS DE ACCESO"* y AV *"BARRERAS DE ACCESO / ACTUALIZACIÓN"* admiten el registro de valores no estandarizados o no predeterminados y **v)** Se identificó el registro de valores numéricos en campos definidos para validación mediante valores binarios, específicamente en el campo asociado a la validación del radicado.

- En la columna S "*Vencimiento*" (entendida como la fecha límite en que se debe dar respuesta) se identificaron 603 de 10.353 (equivalente al 6%) registros cuya fecha corresponde a un día no hábil, lo que evidencia errores en la formula.
- De conformidad con lo informado por la unidad auditada la matriz incorpora una parametrización de fecha de vencimiento interna, consistente en la anticipación de 2 días hábiles frente al termino legal, configurándose como un mecanismo de gestión preventiva. Con base en esta información, se realizaron las siguientes validaciones:

  - Se recalculó en días hábiles la fecha de vencimiento registrada en la columna S "*Vencimiento*", identificando que 6.799 de 10.353 registros (66%) presentan diferencias frente a la fecha que correspondería según los criterios definidos.
  - Se verificó la oportunidad en la atención de las PQRSDF mediante la comparación entre la fecha de vencimiento registrada en la columna S "*Vencimiento*" y la fecha consignada en la columna T "*Fecha de Respuesta del Comentario*" (radicado de salida de la respuesta). Como resultado, se

evidenció que 5.012 de 10.353 registros (48%) presentan respuestas emitidas con posterioridad a la fecha de vencimiento establecida en la matriz, con retrasos que oscilan entre 1 y 8 días hábiles.

- Se recalculó la fecha de vencimiento registrada en la matriz por el subproceso considerando exclusivamente los términos previstos en la normatividad externa aplicable, identificándose cinco (5) registros en los que la fecha de vencimiento definida supera el plazo máximo previsto por la normativa para la atención de las PQRSDF.

- Se realizó la verificación de la atención de las PQRSDF dentro del término legal establecido en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015 considerando la fecha de recepción (Columna L) y la fecha de respuesta del comentario (Columna T), observándose que 56 de 10.353 (equivalente al 0,5%) radicados presentan una fecha de respuesta posterior, sin evidenciarse en la matriz de seguimiento registros, observaciones o justificaciones que permitieran sustentar las circunstancias que hubiesen dado lugar a una eventual ampliación de los términos de respuesta.

  Para mayor detalle ver anexo denominado "*OCI_FINAL_MASTER_ENERO_A_JUNIO_2026_AUDITORIA*".

Efectos/Riesgo: Las debilidades identificadas en el diseño, parametrización y diligenciamiento de la matriz de requerimientos generan riesgos asociados a la calidad, integridad, confiabilidad y oportunidad de la información, afectando la trazabilidad de las PQRSDF, la consistencia de los registros y la confiabilidad de los reportes utilizados para el seguimiento y la toma de decisiones. Asimismo, las inconsistencias en los datos, las fórmulas de cálculo y los mecanismos de control pueden derivar en errores en la clasificación de los requerimientos, subregistro de peticiones y deficiencias en el monitoreo de los términos de respuesta, incrementando la probabilidad de incumplimientos normativos y de observaciones por parte de los organismos de control. Adicionalmente, la utilización de una herramienta con modificaciones no formalizadas y altamente dependiente del diligenciamiento manual limita la efectividad de los controles internos y la generación de información suficiente, íntegra y verificable para la gestión del proceso.

Recomendación: Fortalecer la gestión y calidad de la información de las PQRSDF mediante la depuración y validación integral de la matriz de requerimientos, garantizando la utilización de formatos institucionales vigentes y formalmente aprobados. Asimismo, es necesario revisar y actualizar los lineamientos documentales asociados al proceso, estandarizar los criterios de diligenciamiento, tipologías, estados y campos de registro, e implementar controles automáticos y periódicos de calidad, conciliación y consistencia de la información entre las diferentes fuentes oficiales. De igual forma, se recomienda ajustar las fórmulas y parametrizaciones relacionadas con el cálculo de vencimientos y tiempos de respuesta, fortalecer las actividades de supervisión y monitoreo, y evaluar mecanismos de integración tecnológica que reduzcan la intervención manual, mejoren la trazabilidad de los registros y aseguren la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información utilizada para la gestión y seguimiento de las PQRSDF.

8.6. Debilidades en la oportunidad de respuesta, consistencia de la información y trazabilidad de las PQRSD

Criterio

- **Ley 87 de 1993** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones. **Artículo 2.** *Objetivos del sistema de Control Interno.* ***e****. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.* **Artículo 3**. Características del Control Interno. **e**. *Todas las transacciones de las entidades deberán registrarse en forma exacta, veraz y oportuna de forma tal que permita preparar informes operativos, administrativos y financieros.*
- **Artículo 14 de la Ley 1755 de 2015**, que establece que las peticiones de interés general o particular deben resolverse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción.
- **Manual para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Orientaciones Básicas para el Manejo de Peticiones Ciudadanas** (Versión 03, noviembre de 2020), numeral 3.1 "En el acto de recibo de la petición", ítem 4, el cual dispone que todas las peticiones registradas en el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas deben contar con la asignación de un número consecutivo del sistema de correspondencia de la entidad.
- **Documento *03-03-OD-0001*** (Estado Vigente: 1.0 Fecha 2026-06-18) numeral 8.3.3 **"**Registro Matriz de Requerimientos PQRSF", Ítem 2**: "**Es de obligatorio cumplimiento el Diligenciamiento total de la información solicitada, además debe coincidir con la información relacionada en los sistemas de información (Agilsalud, SDGPC)."
- Principios de oportunidad, integridad, exactitud, calidad y trazabilidad de la información aplicables a la gestión de las PQRSD.

Situación identificada: Durante la revisión de una muestra de treinta y siete (37) peticiones generales, se evidenció que veintiún (21) registros asociados a los radicados No. 73, 209, 245, 822, 1160, 2295, 2529, 2612, 2903, 3165, 4726, 4757, 4777, 4979, 5388, 6131, 7019, 7594, 8264, 8418 y 8492 fueron atendidos dentro del término legal de quince (15) días hábiles establecido en el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015.

No obstante, se identificó que dos (2) peticiones correspondientes a los radicados No. 4547 y 9203 se encontraron por fuera del término establecido para la evaluación (15 días); la revisión incluyó hasta la fecha de notificación de la respuesta (Outlook), evidenciando debilidades en los mecanismos de seguimiento y control de los tiempos de respuesta.

Adicionalmente, en trece (13) peticiones correspondientes a los radicados No. 1898, 1902, 1922, 2242, 2296, 2328, 2605, 2715, 2762, 5304, 6583, 6766 y 8570, se identificaron inconsistencias entre la información registrada en Agilsalud y la reportada en Bogotá te Escucha, situación que impidió validar de manera confiable las fechas de recepción y/o respuesta de las solicitudes y, en consecuencia, verificar el cumplimiento de los términos legales de atención. Encontrando:

- **Inconsistencias entre la información registrada en BTE, Agilsalud y los soportes de gestión:** Se evidenciaron diferencias entre la información registrada en la Matriz de Requerimientos, los registros del Sistema Bogotá Te Escucha (BTE), Agilsalud y los soportes de notificación asociados, respecto al motivo de la petición, tipo de requerimiento, entidad remitente, asunto gestionado, peticionario, destinatario de la respuesta y radicados relacionados. Estas inconsistencias fueron identificadas en diez (10) registros correspondientes a las peticiones No. 1898, 1902, 1922, 2242, 2296, 2328, 2605, 2715, 2762 y 6583.
- **Ausencia de soportes documentales y evidencias que respalden la gestión realizada:** Se evidenció ausencia de soportes en cuatro (4) peticiones (1902, 2715, 6583 y 8570), que permitan verificar integralmente la gestión de las peticiones, tales

como correos electrónicos de recepción, documentos de ingreso por canal escrito, desviación detectada en los soportes de notificación al peticionario: sin evidencia de notificación Agilsalud - Outlook existe una relación por respuesta con numero de radicado y se evidenció un soporte de envío fallido, limitando la verificación de la actuación adelantada y la trazabilidad completa del trámite.

- **Inconsistencias en la identificación del peticionario y destinatario de las respuestas:** Se identificaron diferencias entre los datos de contacto registrados en Bogotá Te Escucha (BTE), los contenidos en Agilsalud y los soportes de notificación, en tres (3) peticiones (5304, 6583 y 6766), observándose discrepancias en nombres, correos electrónicos, identificación del peticionario y destinatarios de las respuestas. Asimismo, se evidenciaron casos en los que las notificaciones fueron dirigidas a usuarios anónimos pese a existir información de contacto identificable en la petición original, situación que afecta la confiabilidad de los registros y la adecuada trazabilidad de la gestión realizada.

Finalmente, en cuanto la petición No. 8518 no se evidenciaron registros de Agilsalud que permitieran verificar el criterio evaluado.

Efectos/Riesgos: Las situaciones identificadas afectan la oportunidad, integridad, consistencia y trazabilidad de la información utilizada para la gestión y seguimiento de las PQRSDF, limitando la capacidad de la entidad para verificar y demostrar el cumplimiento de los términos legales de respuesta. Lo anterior incrementa el riesgo de incumplimiento normativo, generación de información inexacta para la toma de decisiones, reclamaciones por parte de los ciudadanos, observaciones de los organismos de control y posibles consecuencias administrativas derivadas de la atención extemporánea o de la insuficiente trazabilidad de las solicitudes.

Recomendación: Fortalecer los mecanismos de control y seguimiento de las PQRSDF mediante la implementación de conciliaciones periódicas entre la información registrada en Bogotá te Escucha, Agilsalud y las bases de seguimiento de la dependencia, garantizando la integridad, exactitud y consistencia de los registros.
Asimismo, se sugiere establecer controles preventivos para monitorear oportunamente los vencimientos de los términos de respuesta, asegurar el diligenciamiento completo y preciso de los campos obligatorios, incluidos los números de radicación, y realizar validaciones periódicas de calidad de la información que permitan garantizar la trazabilidad de las actuaciones, el cumplimiento de los términos legales y la confiabilidad de los reportes generados por la entidad.

9. OTRAS SITUACIONES ENCONTRADAS

- En el marco de la verificación del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Circular Externa 2026151000000007-5 del 6 de junio de 2026, mediante la cual se imparten instrucciones para garantizar la protección de la salud de niños, niñas y adolescentes con riesgo vital, es pertinente señalar que el parágrafo de la Instrucción Tercera dispone que: *"La instrucción TERCERA de la presente Circular Externa empezará a regir diez (10) días calendario posteriores a la publicación de la misma"*. Con fundamento en lo anterior, se identificaron 60 registros, de un universo de 10.353 correspondientes a las tipologías de población *"MENOR DE 5 AÑOS"* y *"MAYOR DE 6 A 17 AÑOS"*, con fecha de recepción posterior a la entrada en vigencia de la citada disposición. No obstante, ninguno de estos registros fue seleccionado dentro de la muestra objeto de revisión; por tal razón, la validación del cumplimiento de los

lineamientos establecidos en la Circular se efectuará en el marco de la evaluación correspondiente al segundo semestre de 2026.

Como acción preventiva, se recomienda fortalecer los mecanismos de identificación, clasificación y seguimiento de las peticiones asociadas a niños, niñas y adolescentes con riesgo vital, con el propósito de asegurar que, para los casos radicados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Circular Externa 20261510000000007-5 de 2026, se garantice la aplicación oportuna de los lineamientos, términos y controles allí establecidos. Lo anterior contribuirá a mejorar la trazabilidad de los casos y facilitará la verificación de su cumplimiento en futuros ejercicios de auditoría.

- El artículo 277.20 del Decreto Distrital 640 de 2025 establece que cada entidad distrital deberá designar dos (2) administradores funcionales del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas, responsables de generar y transferir conocimiento sobre su uso y manejo al interior de la entidad, así como de atender los requerimientos funcionales relacionados con el sistema.

  Se verificó que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., mediante radicado No. SSO-2026-250-003770-3 del 12 de agosto de 2026, formalizó la designación de los colaboradores responsables de desempeñar el rol de administradores funcionales del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas para la vigencia comprendida entre enero y diciembre de 2026. Asimismo, el documento establece que dicha designación mantendrá su vigencia hasta tanto se comunique formalmente su modificación, actualización o terminación, sin perjuicio de los cambios que puedan requerirse por necesidades del servicio. No obstante, de acuerdo con la evidencia examinada, se observó que, aunque durante la ejecución de la auditoría se emitió el documento que soporta el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 277.20 del Decreto Distrital 640 de 2025, su formalización se realizó aproximadamente siete meses después del inicio del período para el cual se asignaron las responsabilidades, considerando que la citada disposición entró en vigencia el 23 de diciembre de 2025 y la designación fue oficializada hasta el 12 de agosto de 2026.

- Durante la revisión documental del subproceso PQRSF se identificaron diferencias en la denominación de documentos asociados a un mismo código, referencias a documentos inexistentes o no vinculados en el Sistema de Gestión Integral Almera, registros con información desactualizada, ausencia de instrucciones de diligenciamiento en algunos formatos y discrepancias entre procedimientos, instructivos, protocolos y formatos. De igual forma, se evidenciaron oportunidades de mejora en los mecanismos de seguimiento, trazabilidad de la información, documentación de soportes, criterios de autocontrol y alineación de los controles operativos con los riesgos definidos para el proceso. Las situaciones identificadas pueden afectar la consistencia y confiabilidad del marco documental del subproceso; generar interpretaciones diversas durante la ejecución de las actividades, limitar la trazabilidad y el seguimiento de los requerimientos ciudadanos, debilitar la efectividad de los controles establecidos y aumentar el riesgo de incumplimiento de disposiciones normativas e institucionales. Asimismo, pueden impactar la oportunidad, calidad y verificabilidad de las actuaciones desarrolladas en la gestión de las PQRSDF, así como los mecanismos de monitoreo y mejora continua del proceso.

  Dado lo anterior, se recomienda realizar una revisión integral del marco documental del subproceso PQRSDF, orientada a actualizar, armonizar y estandarizar los documentos, controles y registros asociados, asegurando su alineación con los

requisitos normativos vigentes, la adecuada trazabilidad de la información, la coherencia operativa del proceso y la efectividad de los mecanismos de seguimiento y control, con el fin de fortalecer la gestión de los requerimientos ciudadanos y minimizar riesgos de incumplimiento normativo.

- **Seguimiento y mejora continua del proceso de atención al ciudadano:** El proceso reporto dos acciones en función de la mejora continua:

1. "*La Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano cuenta con el acompañamiento de profesionales en Derecho, quienes apoyan la revisión y orientación de las respuestas que, por la naturaleza del requerimiento, requieren análisis jurídico, contribuyendo a garantizar que estas sean claras, pertinentes, de fondo y acordes con la normatividad y los procedimientos institucionales aplicables*".
2. *"Fortalecimiento de las herramientas tecnológicas utilizadas para la gestión y seguimiento de las PQRSF, con el propósito de mejorar la trazabilidad de los requerimientos, facilitar el seguimiento a los tiempos de respuesta, generar alertas frente a solicitudes próximas a vencer y disponer de información oportuna para el análisis*".

Con el propósito de conocer el avance por parte del auditado frente a las observaciones y recomendaciones formuladas en el Informe No. OCI-SISSSO-IL-2026-09 del 7 de mayo de 2026, mediante el cual se evaluó la gestión correspondiente al periodo comprendido entre julio y diciembre de 2025, la Oficina de Control Interno solicitó, mediante radicado No. SSO-2026-240-004107-3 del 25 de agosto de 2026, información relacionada con las acciones implementadas para atender los aspectos identificados en dicho informe. En respuesta a la solicitud, el subproceso remitió el radicado No. SSO-2026-250-004327-3 del 28 de agosto de 2026, mediante el cual reportó los avances alcanzados en la ejecución de las acciones correctivas definidas.

En relación con el seguimiento a los planes de mejoramiento a cargo del subproceso, mediante memorando radicado bajo el número SSO-2026-240-004107-3 del 25 de agosto de 2026 (ítem 2), se solicitó el reporte de avance de las acciones implementadas. Tras la respectiva revisión cruzada, la dependencia auditada corroboró los números de ID asociados en el Sistema de Gestión Integral Almera. Posteriormente, mediante comunicación enviada por correo electrónico el 8 de septiembre de 2026, el proceso oficializó y validó el estado de avance de las acciones, tal como se detalla a continuación:

Tabla No 4 Planes de mejoramiento Unidad Auditada

ID	Acciones de mejoramiento propuestas	Avance ponderado por la Unidad Auditada	Estado de las acciones
4174	3	76,67%	En ejecución
4151	5	58,00%	En ejecución
4173	2	62,50%	En ejecución
4005	4	**100 %**	**Satisfactorio (90% al 100%)** **Seguimiento de la eficacia por la OCI:** 2026-08-26
4125	Acción 3,6,7,8,9,10	43,50%	En ejecución
4175	2	30,00%	En ejecución

Fuente de la información: Unidad Auditada correo: Trazabilidad verificada de ID cargados en Almera relacionados con PQRSDF y solicitud ID 08/09/2026

10. CONCLUSION GENERAL

La auditoría realizada a la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) correspondiente al primer semestre de 2026 evidenció que la Subred cuenta con mecanismos implementados para la recepción, administración y atención de los requerimientos ciudadanos, así como con canales de atención habilitados y operativos para la interacción con la ciudadanía. De igual manera, se observó cumplimiento en aspectos relacionados con la adopción del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas y la disposición de mecanismos institucionales para la gestión de las solicitudes.

No obstante, los resultados obtenidos arrojaron debilidades significativas en la gestión de la información, la trazabilidad documental, la calidad de los registros, la articulación entre los sistemas de información utilizados para la gestión de las PQRSDF y la efectividad de algunos controles implementados. Se identificaron inconsistencias entre la información registrada en Bogotá Te Escucha, Agilsalud, las matrices de seguimiento y los soportes documentales, así como casos de falta de evidencia que respaldara integralmente las actuaciones adelantadas. Estas situaciones afectan los atributos de exactitud, integridad, oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de la información institucional, limitando la capacidad de demostrar de manera suficiente el cumplimiento de los requisitos normativos aplicables. Adicionalmente, se detectaron debilidades relacionadas con la clasificación y tratamiento diferencial de reclamos en salud, la focalización de grupos poblacionales, la actualización y armonización documental, la gestión de riesgos y el fortalecimiento de los mecanismos de control asociados al seguimiento de los requerimientos ciudadanos.

En consecuencia, se concluye que, si bien el proceso presenta avances en la implementación de herramientas de seguimiento y acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de la atención al ciudadano, requiere fortalecer los controles que permitan asegurar la oportunidad en las respuestas, la calidad y consistencia de la información registrada, la trazabilidad integral de la gestión realizada y el cumplimiento efectivo de los requisitos legales y regulatorios aplicables. Lo anterior contribuirá a fortalecer el Sistema de Control Interno, mejorar la confiabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones y reforzar la atención al ciudadano alineada con los principios de eficacia, transparencia, oportunidad y mejora continua.

.

Bogotá D.C. 06 de noviembre de 2026

Cordialmente,



GUILLERMO CERÓN SANDOVAL
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: *Carmen Mireya Reyes Moreno - Enfermera grado 20 y Juan José Ossa Chavarriaga – Profesional Universitario OCI*
Revisó: *Guillermo Cerón Sandoval - Jefe Oficina de Control Interno*

Anexo: Cuadros Revisión Documental

Documento revisado por la OCI				
Nombre	**Código**	**Estado**	**Versión**	**Fecha**
Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos	03-03-PR-0001	Vigente	1	17/02/2026

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA OCI al documento con código 03-03-PR-0001	
Observación	**Recomendación**
Durante la revisión del Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos, se evidenció que el registro denominado "Anexo socialización mecanismos de reclamación Derechos Humanos grupos de interés", identificado como documento asociado al procedimiento, no se encuentra disponible ni registrado en el sistema de gestión documental institucional (Almera). La ausencia de este registro limita la trazabilidad y verificación de las actividades de socialización descritas en el procedimiento, así como la disponibilidad de la evidencia requerida para demostrar su ejecución y seguimiento. Esta situación evidencia debilidades en el control de la información documentada y en la administración de los registros que soportan la operación del proceso, afectando atributos de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad de la documentación institucional y generando riesgo de inconsistencias entre lo documentado y la evidencia disponible para su validación.	Se recomienda evaluar la pertinencia de documentar y gestionar en el sistema institucional Almera el "Anexo socialización mecanismos de reclamación Derechos Humanos grupos de interés" como documento asociado al procedimiento, garantizando su disponibilidad, control y trazabilidad. En caso de que dicho anexo continúe siendo un soporte requerido para la operación del proceso, se sugiere incorporar formalmente dentro de la documentación vigente y asegurar que cuente con los respectivos elementos de identificación y control documental. Asimismo, se recomienda realizar una revisión integral de los documentos y registros asociados al procedimiento, con el fin de identificar y documentar aquellos soportes que tengan una relación directa con la gestión de las PQRSDF y que actualmente no se encuentren registrados o vinculados formalmente. Lo anterior permitirá fortalecer la integridad, trazabilidad y disponibilidad de la información documentada, asegurando la correspondencia entre los documentos referenciados en el procedimiento y la evidencia requerida para su ejecución, seguimiento y control.
Se evidenció que las definiciones contenidas en el procedimiento no se encuentran estandarizadas con las establecidas en otros documentos institucionales, tales como instructivos y protocolos de la unidad auditada y de procesos relacionados con la gestión de PQRDF. Como ejemplo, la definición de "QUEJA: Es la manifestación de inconformidad que expresa una persona en relación con una conducta y/o actitud que se considera irregular de uno o varios servidores públicos en el desarrollo de sus funciones." presenta diferencias frente a la consignada en el Instructivo 03-03-IN-0005 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos, donde se registra: "es la manifestación de protesta, censura descontento o inconformidad que genera una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones". La situación descrita evidencia falta de armonización conceptual entre los documentos que regulan la gestión de las PQRSDF, lo que podría generar interpretaciones diferentes durante la aplicación de los lineamientos institucionales, afectar la uniformidad de criterios y ocasionar inconsistencias en el registro, análisis y tratamiento de los requerimientos por parte de los responsables del proceso.	Se recomienda efectuar una revisión integral de las definiciones contenidas en los procedimientos, instructivos, protocolos y demás documentos asociados a la gestión de las PQRDF, con el fin de unificar criterios conceptuales, estandarizar la terminología institucional y asegurar la consistencia de las definiciones utilizadas en todos los instrumentos documentales. Como resultado de este ejercicio, se sugiere armonizar y renombrar de manera uniforme cada una de las tipologías establecidas, garantizando la trazabilidad, coherencia y aplicación homogénea de los lineamientos por parte de los responsables del proceso. Lo anterior, en concordancia con los principios de gestión documental, control de la información documentada y mejora institucional establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Adicionalmente, se recomienda socializar y formalizar las definiciones unificadas con los procesos y dependencias que interactúan con el subproceso, a fin de establecer una unidad de criterio respecto de las tipologías y del tratamiento que debe darse a las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y demás requerimientos ciudadanos. Esta acción contribuirá a fortalecer la gestión integral de las PQRSDF, garantizando una interpretación uniforme de las modalidades del derecho de petición y una atención consistente y alineada con lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, que regula el derecho fundamental de petición y reconoce dentro de sus modalidades las quejas, reclamos y demás solicitudes dirigidas a las entidades públicas.
Se recomienda ver las observaciones y recomendaciones que se relacionen con el procedimiento y su relación con los siguientes documentos - 03-03-IN-0002 Instructivo apertura de buzones de comentarios. - 03-03-IN-0004 Instructivo de recepción de peticiones por redes sociales. - 03-03-IN-0005 Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos El documento con código 14-06-MA-0002 Manual de Correspondencia versión 6.0 del 22 de junio de 2026 contempla en la página 12, numeral 7.3 Buzón de Sugerencias, aspectos cuya redacción y contenido requieren ser revisados a la luz del procedimiento institucional y de la normatividad aplicable vigente, con el fin de garantizar la consistencia y alineación conceptual y operativa entre los diferentes instrumentos que regulan la gestión de requerimientos ciudadanos.	Se considera que el subproceso debe establecer la estrategia o punto de control acorde con el requisito de la norma DECRETO 640 DE 2025 (diciembre 22) Artículo 277.21. Buzones. Las entidades distritales podrán implementar buzones de sugerencias como estrategia para mejorar la calidad del servicio a la ciudadanía. En caso de adoptarse esta herramienta, los buzones deberán abrirse todos los días hábiles con el fin de asegurar la acción efectiva en los registros asociados.

Al verificar las tareas del Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos Código 03-03-PR-0001 de Fecha 2026-02-17 Versión Vigente: 1.0 2. CONSOLIDAR DERECHOS DE PETICIÓN RECEPCIONADOS POR LOS DIFERENTE MEDIOS se evidenció el registro:"2. Realizando dos veces por semana el recorrido de Apertura de buzón de sugerencias en cada uno de los Centros de Atención y Hospitales en presencia de un miembro de la asociación de usuarios o un usuario testigo."	
Durante la revisión documental se evidenció que el documento código 03-01-FO-0025 Plantilla Oficio Respuesta PQRS, Estado Vigente 9, de fecha 01/09/2026, perteneciente al subproceso Servicio al Ciudadano, no se encuentra asociado formalmente al procedimiento auditado. No obstante, al revisar el documento código 14-06-MA-0002 Manual de Correspondencia, versión 6 de Fecha 2026-06-22, se identificó que dicho formato es referenciado como parte del ítem relacionado con la firma de comunicaciones oficiales enviadas (página 13), lo que refleja desarticulación entre la documentación operativa utilizada y los documentos vinculados formalmente al procedimiento. Esta situación muestra debilidades en el control y administración de la información documentada, al no garantizar la correspondencia entre los documentos requeridos para la ejecución de las actividades del proceso y aquellos asociados oficialmente al procedimiento. Lo anterior puede generar dificultades para la consulta de la documentación vigente, afectar la uniformidad en la ejecución de las actividades y limitar la trazabilidad de los controles implementados.	Se recomienda realizar la revisión, actualización y armonización de la documentación asociada al procedimiento, garantizando la vinculación formal de todos los formatos, plantillas y documentos que intervienen en su ejecución. En particular, se debe evaluar la inclusión y referencia expresa del formato 03-01-FO-0025 Plantilla Oficio Respuesta PQRS dentro de los documentos relacionados del procedimiento, considerando que dicho formato es utilizado como soporte para la firma de comunicaciones oficiales enviadas y se encuentra contemplado en el Manual de Correspondencia 14-06-MA-0002 V6. Adicionalmente, se recomienda implementar un mecanismo de control documental que asegure la correspondencia entre los procedimientos, manuales y formatos vigentes, con el fin de fortalecer la trazabilidad, estandarización y correcta aplicación de los lineamientos institucionales, reduciendo riesgos de inconsistencias documentales y de incumplimiento en la gestión de las respuestas a PQRS.

Documentos revisados por la OCI, relacionados con la recepción de la petición

Nombre	Código	Estado	Versión	Fecha documento
Formato Registro derecho de petición	03-03-FO-0001	Vigente	1	17/02/2026
Acta apertura buzón	03-03-FO-0005	Vigente	1	17/02/2026
Instructiva apertura de buzones de comentarios	03-03-IN-0002	Vigente	1	17/02/2026
Instructivo de recepción de peticiones por redes sociales	03-03-IN-0004	Vigente	1	17/02/2026

Código	Resultados de la evaluación de la OCI	
	Observación de forma y/o fondo	**Recomendación**
03-03-FO-0001	Este documento se asocia como documento relacionado en el documento 03-03-IN-0002 Instructivo apertura de buzones de comentarios con el código, con nombre diferente. “formatos derechos de petición PQRS-F"	Ajustar incorporando los campos requeridos para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1755 de 2015 respecto de la presentación y radicación de peticiones, particularmente en lo relacionado con el registro de la fecha y hora de presentación, así como el número y clase de los documentos anexos, con el fin de asegurar el cumplimiento normativo y la adecuada trazabilidad de los requerimientos recibidos
	Documento asociado al 03-03-PT-0001 Protocolo de investigación y respuestas a PQRS; al revisar el documento registra con nombre diferente, con mismo código “formato registro derecho de petición"	
03-03-FO-0005	El instructivo del documento registra una actividad para ejecutar ("INSTRUCTIVO PARA PROCESO DE APERTURA DE BUZONES: La apertura de los buzones debe ser realizada por algún integrante del proceso de PQRS de la Institución; quien debe ir debidamente identificado (carnet Institucional); al ingresar a los Centros de Salud u Hospitales, debe contar con los EPP, saludar, presentarse y presentar a la persona de Asociación de usuarios que lo(a) acompaña, e indicar que el fin es que sea un proceso transparente; en caso de NO contar con la presencia de un Veedor de las formas de participación, debe invitar a algún usuario(a) para que participe del proceso de apertura.	Se considera el subproceso debe establecer la estrategia o punto de control acorde con el requisito de la norma DECRETO 640 DE 2025 (diciembre 22) Artículo 277.21. Buzones. Las entidades distritales podrán implementar buzones de sugerencias como estrategia para mejorar la calidad del servicio a la ciudadanía. En caso de adoptarse esta herramienta, los buzones deberán abrirse todos los días hábiles con el fin de asegurar la acción efectiva en los registros asociados
	Una vez se saquen los requerimientos del Buzón, se debe buscar un espacio en donde el Colaborador haga lectura de tipo de requerimiento, se deben cuantificar y registrar en el Acta de Apertura, la cual debe: … (…) *Registre la observación según consideración." Sin evidencia de instructivo para su correcto diligenciamiento.	Se recomienda revisar, actualizar y armonizar el **Instructivo de Apertura de Buzones** y los documentos asociados al proceso, con el fin de garantizar que las actividades, registros y documentos referenciados mantengan correspondencia entre sí y cuenten con lineamientos claros para su ejecución. En particular, se sugiere documentar y formalizar las instrucciones para el diligenciamiento

	El documento se asocia como documento relacionado al documento 03-03-IN-0002 Instructivo apertura de buzones de comentarios sin embargo al revisar corresponde el código existe diferencia en el nombre, registra como:" formato de acta de apertura de buzones"	del **Acta de Apertura**, incluyendo criterios, responsables, campos obligatorios y lineamientos para el registro de observaciones, a fin de asegurar la aplicación uniforme del instrumento y la calidad de la información registrada. Asimismo, se recomienda validar la consistencia de los códigos, nombres y versiones de los documentos asociados al procedimiento, corrigiendo las diferencias identificadas entre el documento relacionado y el documento efectivamente registrado, de manera que se fortalezca la trazabilidad documental y se garantice que los usuarios consulten y utilicen las versiones oficiales vigentes. La implementación de estas acciones contribuirá al cumplimiento de los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad establecidos en el Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, así como de los lineamientos de la Política de Gestión Documental del MIPG, favoreciendo la adecuada gestión de los registros, la confiabilidad de la información y la estandarización de las actividades asociadas a la gestión de las PQRSDF. Además, permitirá fortalecer el cumplimiento de los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad previstos en el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, mediante la definición de procedimientos claros, consistentes y verificables que soporten la atención oportuna y el control de las actuaciones administrativas.
03-03-IN-0002	Se incluye como documento asociado el documento de nombre Protocolo de manejo y abordaje al usuario, paciente y/o familiar agresivo 02-04-PY-0001 sin existencia de documento en Almera El procedimiento: 03-03-PR-0001 - Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos establece en el ítem:" 2. Realizando dos veces por semana el recorrido de Apertura de buzón de sugerencias en cada uno de los Centros de Atención y Hospitales en presencia de un miembro de la asociación de usuarios o un usuario testigo" al revisar el documento 03-03-IN-0002 Instructivo apertura de buzones de comentarios establece que lo debe hacer el referente de participación comunitaria y que se debe concertar la programación de sus integrantes para el acompañamiento de la apertura de buzones". Se considera procedente revisar el responsable	Se recomienda revisar, actualizar y armonizar el Instructivo apertura de buzones de comentarios (03-03-IN-0002) y los documentos relacionados con el proceso de gestión de PQRSDF, garantizando la consistencia entre procedimientos, instructivos, responsables y documentos asociados. En particular, se sugiere validar la pertinencia de mantener como documento relacionado el "Protocolo de manejo y abordaje al usuario, paciente y/o familiar agresivo (02-04-PY-0001)", o gestionar su formalización y disponibilidad en el sistema documental institucional; asimismo, unificar los criterios respecto a los responsables y participantes en la apertura de buzones, asegurando que la documentación refleje de manera uniforme las actividades, roles y controles aplicables. Lo anterior, en cumplimiento de los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad establecidos en el Manual de Elaboración de Documentos (02-01-MA-0001), así como de los lineamientos de la Política de Gestión Documental del MIPG y los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad consagrados en el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, fortaleciendo la confiabilidad de la información documentada y la adecuada ejecución de las actividades de recepción y seguimiento de las PQRSDF.
03-03-IN-0004	El documento en el ítem 7 registra como requisito adjuntar los pantallazos en el archivo Bogotá te Escucha únicamente. Sin evidencia que el documento este asociado al 03-03-PR-0001 - Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos	Revisar la coherencia y completitud del ítem 7 del documento evaluado con el punto de control:" No. Radicado AGILSALUD. Aplicativo BTE. Acta de Apertura de Buzón 03-03-FO-0005 Soporte Correo Electrónico y WhatsApp Defensora del Ciudadano." del ítem 1 Manifestar la petición en el Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos Código 03-03-PR-0001.

Documentos revisados por la OCI, relacionados con la gestión de la respuesta

Nombre	Código	Estado	Versión	Fecha
Protocolo de investigación y respuestas a PQRS	03-03-PT-0001	Vigente	1	17/02/2026
Matriz de requerimientos usuarios agresivos	03-03-FO-0007	Vigente	1	17/02/2026
Tablero de mando vencimientos	03-03-FO-0008	Vigente	1	17/02/2026
Tablero de Control-Asignaciones	03-03-FO-0009	Vigente	1	17/02/2026
Instructivo diligenciamiento matriz de requerimientos	03-03-IN-0005	Vigente	1	17/02/2026
Formato de Gestión de respuesta PQRS	03-03-FO-0002	Vigente	1	17/02/2026
Gestión PQRSF Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	03-03-OD-0001	Vigente	1	18/06/2026

Código	Resultados de la evaluación de la OCI	
	Observación de forma y/o fondo	**Recomendación**
03-03-PT-0001	En documentos relacionados se asocia el mismo documento con el código 03-03-PT-0001 registra:" Ver protocolo de investigación y respuestas a PQRS"	Se recomienda realizar una revisión integral del Protocolo de investigación y respuestas a PQRS (03-03-PT-0001) y su articulación con el Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos (03-03-PR-0001), con el fin de eliminar referencias circulares o redundantes, definir claramente su complementariedad dentro del proceso y asegurar la trazabilidad entre los documentos que soportan la gestión de las PQRSDF. Asimismo, se sugiere fortalecer la estructura documental mediante la actualización de las relaciones entre procedimientos, protocolos y demás documentos asociados, garantizando que la documentación institucional sea coherente, íntegra y consistente con la operación real del proceso. Lo anterior permitirá dar cumplimiento a los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad establecidos en el Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, así como a los lineamientos de la Política de Gestión Documental del MIPG y a los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad previstos en el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, fortaleciendo la confiabilidad de la información documentada y la adecuada gestión de los requerimientos ciudadanos.
	Sin evidencia de la articulación con el 03-03-PR-0001 - Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos, al correr el código y nombre en el procedimiento registra que esta incorporado en el ítem 6. RESPONDER LOS DERECHOS DE PETICIÓN	
03-03-FO-0007	Sin evidencia de instructivo para su correcto diligenciamiento; sin asociación a otro Instructivo del subproceso.	Se recomienda revisar, ajustar, actualizar, formalizar, socializar, implementar y monitorear la matriz de seguimiento de PQRSDF y los registros asociados, garantizando que los campos, variables, fuentes de información, responsables, fórmulas, controles e indicadores se encuentren claramente definidos, alineados con la operación vigente de la entidad y soportados mediante instrucciones de diligenciamiento estandarizadas. Asimismo, se sugiere depurar y armonizar las referencias, conceptos, denominaciones y mecanismos incluidos en el formato, eliminando aquellas que no correspondan a la realidad operativa actual y asegurando la trazabilidad y confiabilidad de la información registrada. Se combino la recomendación
	El documento incluye las siguientes inconsistencias: 1. El diligenciamiento de "RADICADO ORFEO" para el periodo auditado se utiliza Ágil Salud como mecanismo oficial de correspondencia en la Entidad. 2. Existe la columna "No de ACTA (MISMA de la MASTER)" el nombre master no está predefinido oficialmente en la entidad por tanto sin dato del número de acta al que hace referencia. 3. Registra en la columna VENCIMIENTO el comentario: "Para que ap2920382022arezca la fecha de vencimiento es necesario registrar "TIPO DE REQUERIMIENTO Y FECHA DE RECEPCIÓN". Registra en la columna "FECHA DE RESPUESTA DEL COMENTARIO":" FECHA INGRESADA POR LA CENTRAL" en la estructura organizacional del subproceso en Almera no se evidenció un área denominada "central". 4. Se evidencia una columna con el nombre: "EPS A LA QUE SE TRASLADA LA MANIFESTACIÓN" sin evidencia de la fuente para la misma.	
	Se incluye el incumplimiento de norma: El documento incluye una columna con el punto de control: "DÍAS DE RESPUESTA DESDE APERTURA DE BUZÓN O RECEPCIÓN".	Se recomienda fortalecer los controles relacionados con el seguimiento a los términos de respuesta y vencimiento de los requerimientos, asegurando su alineación con los plazos establecidos en la Ley 1755 de 2015 y con los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad previstos en la Ley 1437 de 2011. Adicionalmente, en cumplimiento del numeral 7.4.2.10 Formatos del Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, versión 11 del 23 de julio de 2025, se deberá garantizar que los formatos incluyan de manera sencilla y clara las instrucciones para su diligenciamiento. Finalmente, se recomienda implementar una estrategia de seguimiento y puntos de control para la gestión de los buzones de sugerencias que permitan verificar su apertura, registro, trámite y seguimiento oportuno, conforme a lo dispuesto en el artículo 277.21 del Decreto Distrital 640 de 2025, fortaleciendo los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad, la calidad de la información y la efectividad de la gestión de las PQRSDF.

03-03-FO-0008	El documento incluye las columnas de nombre: " ÁGIL SALUD, CONSECUTIVO"; la afirmación:" CONTESTADO"; ESTADO ACTUAL DEL REQUERIMIENTO EN LA CENTRAL "en la estructura organizacional del subproceso en Almera no se evidenció un área denominada "central." No DE REGISTRO EN EL APLICATIVO BTE, VENCIMIENTO" Sin evidencia de la fuente y el mecanismo para el origen de los datos a registrar	Se recomienda revisar, actualizar y formalizar la estructura del formato, definiendo de manera expresa el propósito, origen, responsable, fuente de información y mecanismo de captura de los datos registrados en campos tales como "AGILSALUD, CONSECUTIVO", "CONTESTADO", "ESTADO ACTUAL DEL REQUERIMIENTO EN LA CENTRAL", "No. de Registro en el Aplicativo BTE" y "VENCIMIENTO", garantizando que las denominaciones utilizadas correspondan a la estructura organizacional, los sistemas de información y los procedimientos vigentes de la entidad. Asimismo, se sugiere documentar las reglas de diligenciamiento y los controles asociados a cada campo, asegurando que la información registrada sea verificable, consistente y trazable, en concordancia con los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad y trazabilidad establecidos en el Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, particularmente en lo relacionado con la definición de formatos e instrucciones de diligenciamiento. Lo anterior fortalecerá la calidad de la información, la confiabilidad de los registros, la adecuada gestión de las PQRSDF y el cumplimiento de los lineamientos de la Política de Gestión Documental del MIPG, así como de los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad previstos en el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011.
03-03-FO-0009	Sin instructivo de diligenciamiento en el mismo formato, Sin evidencia de la fuente y el mecanismo, el origen de los datos a registrar (número de petición).	Se sugiere revisar las fuentes y la ruta del origen de los datos a documentar, ajustarlos actualizarlos y socializar e implementar los registros actualizados estandarizados asociados a este formato
03-03-IN-0005	Sin evidencia de que alguno de los 12 controles preestablecidos en el instructivo se alinee a alguno de los controles preestablecidos para el Riesgo Código 03014 Riesgo: 1. Posibilidad de afectación reputacional y económica por inoportunidad de respuestas por parte de los procesos involucrados debido a la falta de proyección, demoras administrativas, falta de control al interior de los procesos y alta demanda de actividades que impidan el cumplimiento: controles: 1. Procedimiento 03-01-PR-0001 de Recepción Trámite y Respuesta equipo de PQRS y 2. Seguimiento semanal por parte del equipo de PQRS a los tiempos de respuesta mediante alertas vía correo electrónico con la semaforización de base de datos interna con la que cuenta la oficina como herramienta de sistematización y control. Se evidenció desactualización normativa como, por ejemplo: ITEM 1 control 5: "Por decreto Distrital 371 de 2010, se debe registrar el total de las peticiones ciudadanas recibidas por la Entidad, por los diferentes mecanismos de escucha dispuestos"	Se recomienda revisar, ajustar y armonizar el Procedimiento 03-03-PR-0001 y el Instructivo 03-03-IN-0005, garantizando la coherencia entre las actividades, responsables, registros, puntos de control y documentos soporte asociados a la gestión de las PQRSDF. Asimismo, se sugiere validar que la tipología de controles implementada en el instructivo cuente con sustento documental suficiente, criterios claramente definidos para su ejecución y mecanismos que permitan verificar su eficacia, oportunidad y trazabilidad dentro del proceso. Adicionalmente, se recomienda fortalecer el diseño de los controles relacionados con la gestión de buzones de sugerencias mediante la definición e implementación de una estrategia de seguimiento y monitoreo que garantice el registro, trámite y atención oportuna de los requerimientos recibidos, incorporando indicadores y evidencias de control alineadas con lo establecido en el Decreto Distrital 640 de 2025, artículo 277.21, el cual dispone que, cuando las entidades adopten buzones de sugerencias como mecanismo de participación ciudadana, estos deberán abrirse todos los días hábiles para asegurar una acción efectiva sobre los registros asociados. Lo anterior contribuirá a fortalecer la gestión del riesgo, la trazabilidad de las actuaciones y el cumplimiento de los principios de claridad, exactitud, veracidad, integridad, eficacia, coordinación y responsabilidad, así como de los lineamientos de la Política de Gestión Documental del MIPG y del Manual de Elaboración de Documentos y la guía de riesgos vigentes.

	Inconsistencias en la integración de variables a tener en cuenta durante el diligenciamiento de la matriz , como por ejemplo en el paso No 22 que hace referencia a los días de respuesta del líder responsable y en el espacio como lo debe hacer asocia los ítems 18 hace referencia es a la fecha límite en que se debe dar respuesta dentro de los términos de ley y 19 hace referencia es al líder de PQRS diferente al líder responsable o en el paso N°20 días de respuesta desde apertura de buzón - asocia el numero 13 fecha de notificación al líder responsable y 15 queja de trato deshumanizado los cuales distan del objeto de la acción propuesta. La permanencia de estas inconsistencias puede ocasionar errores en el diligenciamiento de la matriz, afectar la confiabilidad de la información reportada, generar diferencias en la interpretación de los responsables del proceso y limitar la trazabilidad y oportunidad del seguimiento a las PQRSDF, impactando la efectividad de los mecanismos de control y la toma de decisiones basada en información confiable. La observación guarda relación con los principios establecidos en el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, especialmente los principios de eficacia, coordinación y responsabilidad, según los cuales las actuaciones administrativas deben desarrollarse mediante procedimientos claros que permitan el cumplimiento oportuno de los fines de la administración y la adecuada atención de los ciudadanos.	Se recomienda realizar la revisión y actualización integral de la matriz de requerimientos y de su respectivo instructivo de diligenciamiento, con el fin de validar la coherencia entre las actividades descritas, las variables asociadas y los campos de información utilizados para el cálculo, seguimiento y control de la gestión de las PQRSDF, asegurando que las variables vinculadas respondan efectivamente al propósito de cada actividad y permitan obtener resultados confiables, trazables y consistentes. Adicionalmente, se recomienda estandarizar los criterios operativos y documentar de forma explícita las acciones, responsables, registros y puntos de control asociados a cada medio de recepción de requerimientos, con el fin de fortalecer la trazabilidad, reducir interpretaciones ambiguas y garantizar la aplicación homogénea de los procedimientos institucionales.
	El paso 8 del documento evaluado es coherente con la acción 5. FORMALIZAR LOS DERECHOS DE PETICIÓN del Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos Código 03-03-PR-0001: " 2. Ingrese el requerimiento al Aplicativo ÁGIL SALUD desde donde se notificará al líder o responsable de emitir respuesta." sin embargo al hacer la revisión las acciones del mismo procedimiento reporta registro en el aplicativo SGDP así:" 1. Si los requerimientos provienen del Buzón de Sugerencias o se recibió en Oficinas de Servicio al Ciudadano de algún Hospital o Centro de Salud, se escanean y registran en el aplicativo SDGPC (Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas) generando consecutivo correspondiente y registrándose en la Matriz de Requerimientos. Al hacer la revisión del documento registra en el paso 12 fecha de recepción en el cómo lo deba hacer: " si las peticiones ingresan por buzón se coloca la fecha de apertura (verificar sello de buzón y acta de apertura de buzón) sin evidencia del registro cada cuánto. El desplegable al que hace referencia el ítem 14 del paso a realizar seleccionar la celda tipo de requerimiento incluye denuncia por posibles actos de corrupción y en esta particularidad asocia el documento de otro proceso 16-00-PT-0001 Protocolo para el Tratamiento de Quejas y Denuncias sin evidencia que este documento esté relacionado como relación existente con otros documentos en campo de aplicación del Instructivo tal como lo establece el criterio del 02-01-FO-0010 Estructura de Instructivo V5 en espacio destinado para ello.	Se recomienda cumplir con el criterio establecido de conformidad con la Resolución 0413 de 2023 por medio de la cual se establecen los lineamientos para el control de documentos emitidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur occidente E.S.E articulo 2 hacer la revisión que corresponda y dar conformidad al documento 02-01-FO-0009 Estructura de procedimiento V5. de junio 16 de 2023 en el ítem en el ítem 15. CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO:" Señale claramente en qué proceso(s) está indicada la utilización del presente manual, a qué equipo de trabajo va dirigido y la relación existente con otros documentos." para armonizar y/o integrar el documento 16-00-PT-0001 Protocolo para el Tratamiento de Quejas y Denuncias. Asimismo, se recomienda fortalecer los mecanismos de control documental mediante la revisión técnica y validación funcional de los instrumentos antes de su publicación o actualización, garantizando que las instrucciones de diligenciamiento sean claras, precisas y alineadas con la operatividad del proceso. De igual manera, se sugiere socializar los ajustes realizados con los responsables de la gestión de las PQRSDF y documentar los criterios de uso de cada variable, con el propósito de promover una interpretación uniforme y reducir el riesgo de errores en el registro y seguimiento de la información.

	Si los requerimientos provienen de los medios de escucha: Correspondencia, Redes Sociales, Correo Electrónico; cárguelo al Aplicativo SDGPC y regístrelo en Matriz de Requerimientos" sin evidencia que se encuentren alineadas en redacción para la ejecución efectiva en el instructivo evaluado tal como se registra para Agilsalud.	Se recomienda revisar, ajustar y armonizar la redacción de los lineamientos establecidos para la gestión y registro de requerimientos provenientes de los diferentes canales de atención, garantizando que las instrucciones contenidas en el procedimiento e instructivo sean claras, consistentes y aplicables de manera uniforme. En particular, se debe asegurar que las actividades relacionadas con el cargue de información en el aplicativo SDGPC y el registro en la Matriz de Requerimientos estén definidas con el mismo nivel de detalle y precisión utilizado para otros canales o aplicativos, como el caso de Agilsalud, facilitando su adecuada comprensión y ejecución por parte de los responsables, el cual se evidencia en el documento 14-06-GI-0004 Guía de Organización de Expedientes de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias V2 PG 5 ITEM 6 DESARROLLO DE LA GUIA lo propio del proceso a tener en cuenta las tipologías documentales.
03-03-FO-0002	Sin evidencia de instructivo para su correcto diligenciamiento, cuenta únicamente con comentarios guía en el paso a paso e incluye un ítem denominado "Para tener en cuenta".	Evaluar la viabilidad de simplificar y estandarizar los instrumentos utilizados para la proyección y la gestión efectiva de respuestas a los requerimientos ciudadanos, en procura de fortalecer la eficiencia operativa, la oportunidad de respuesta y la calidad de la información suministrada al ciudadano. Se recomienda revisar la estandarización de los enunciados desde los documentos fuente hasta los documentos soporte. En cumplimiento del numeral 7.4.2.10 Formatos del Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, versión 11 del 23 de julio de 2025, se deberá garantizar que los formatos incluyan de manera sencilla y clara las instrucciones para su diligenciamiento. Adicionar
	Documento asociado al 03-03-PT-0001 Protocolo de investigación y respuestas a PQRS; al revisar el documento registra con nombre diferente con mismo código" Formato Gestión de líderes respuesta a requerimientos"	
03-03-OD-0001	El documento preestablece la apertura de buzones de manera " semanal los martes y jueves de manera simultánea"	Se considera que el subproceso debe establecer la estrategia o punto de control acorde con el requisito de la norma DECRETO 640 DE 2025 (diciembre 22) Artículo 277.21. Buzones. Las entidades distritales podrán implementar buzones de sugerencias como estrategia para mejorar la calidad del servicio a la ciudadanía. En caso de adoptarse esta herramienta, los buzones deberán abrirse todos los días hábiles con el fin de asegurar la acción efectiva en los registros asociados
	El documento registra en la pág. 13:" las peticiones serán direccionadas de conformidad con la identificación al equipo técnico de no discriminación para el abordaje de los usuarios y el seguimiento" Sin evidencia en el Procedimiento Recepción, Tramite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos Código 03-03-PR-0001 Fecha 2026-02-17 Versión Vigente: 1.0 de este equipo técnico. En la misma página se hace referencia a un documento del DAFP sin Datos de identificación del documento y/o Elementos de control documental. La situación observada se aparta de los lineamientos establecidos en el Manual Operativo MIPG, particularmente de la Política de Gestión Documental, la cual dispone que la información documentada debe mantenerse actualizada, controlada, disponible, íntegra y coherente, garantizando su adecuada administración y consulta por parte de los responsables del proceso.	Se recomienda verificar y depurar las referencias normativas, técnicas y documentales incluidas en el procedimiento, incorporando para cada fuente los correspondientes elementos de identificación y control documental, tales como nombre del documento, entidad emisora, código, versión, fecha de expedición o publicación y demás datos que permitan su adecuada consulta, trazabilidad y validación. Asimismo, se sugiere implementar un mecanismo de revisión documental previo a la aprobación o actualización de los documentos del proceso, con el propósito de asegurar que las referencias incorporadas sean completas, verificables y se encuentren alineadas con la documentación institucional vigente.

Documento revisado por la OCI relacionados con la entrega de la respuesta

Nombre	Código	Estado	Versión	Fecha
Plantilla oficio respuesta Demora administrativa o entrega de resultados	03-03-FO-0010	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Barreras de acceso	03-03-FO-0011	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Queja por trato inadecuado o atención no humanizada	03-03-FO-0012	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Solicitud de información	03-03-FO-0013	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Agradecimiento por reconocimiento recibido	03-03-FO-0014	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Información suministrada	03-03-FO-0015	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta PQRS Reclamo por no oportunidad en asignación de citas.	03-03-FO-0016	Vigente	1	26/03/2026
Plantilla oficio respuesta Sugerencia presentada	03-03-FO-0017	Vigente	1	26/03/2026
Instructivo de publicación de respuestas de PQRS	03-03-IN-0003	Vigente	1	17/02/2026

Código	Resultados de la evaluación de la OCI	
	Observación	**Recomendación**
03-03-FO-0010, 03-03-FO-0011, 03-03-FO-0012, 03-03-FO-0013, 03-03-FO-0014, 03-03-FO-0015, 03-03-FO-0016,03-03-FO-0017	Se evidenció en el registro la siguiente información desactualizada:" Recuerde que cualquier inquietud adicional puede comunicarse con la Defensora del Ciudadano, Viviana Cubillos Medrano Jefe de la Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano" Sin evidencia del instructivo dentro del mismo documento para su diligenciamiento; sin evidencia del mecanismo o la fuente del origen de los datos a registrar en este espacio. *	Se sugiere revisar ajustar actualizar socializar implementar los registros actualizados asociados a estos formatos. Adicionalmente se recomienda revisar la estandarización de los enunciados desde los documentos fuente hasta los documentos soporte. En cumplimiento del numeral 7.4.2.10 Formatos del Manual de Elaboración de Documentos Código 02-01-MA-0001, versión 11 del 23 de julio de 2025, que registra, se deberá garantizar que los formatos incluyan de manera sencilla y clara las instrucciones para su diligenciamiento.
03-03-IN-0003	Al hacer la revisión documental en Almera se identificó el documento con nombre 12-01-FO-0001 Formato de publicación, actualización o desactivación en la página web o intranet V3 diferente al asociado en el documento evaluado de nombre: "12-01-FO-0001 FORMATO DE PUBLICACIÓN" para la ejecución de lo propio del instructivo evaluado; La versión revisada corresponde a la 2 de fecha posterior al periodo auditado: 31/07/2026.	Se recomienda realizar la revisión, actualización y depuración de los documentos referenciados en el instructivo evaluado, garantizando que los formatos asociados correspondan a la denominación, versión y estado de vigencia registrados en el sistema de gestión documental institucional. En particular, se debe validar y ajustar la referencia al formato 12-01-FO-0001 Formato de publicación, actualización o desactivación en la página web o intranet, asegurando que la información consignada en el instructivo sea consistente con la documentación oficial disponible en Almera y aplicable al período objeto de auditoría. Adicionalmente, se recomienda fortalecer los controles de administración documental mediante revisiones periódicas de los documentos relacionados en procedimientos e instructivos, con el fin de garantizar la trazabilidad documental, evitar discrepancias entre nombres, versiones y registros asociados, y asegurar que los servidores responsables de la ejecución del proceso consulten y utilicen los documentos vigentes y formalmente aprobados por la entidad.

Documentos revisados por la OCI relacionados con la satisfacción de la respuesta				
Nombre	**Código**	**Estado**	**Versión**	**Fecha documento**
Formato Evaluación de Satisfacción en la Respuesta	03-03-FO-0003	Vigente	1	17/02/2026
Formato Tele auditoría	03-03-FO-0004	Vigente	2	17/03/2026
Instructivo de teleauditoria de satisfacción en la respuesta de PQRS	03-03-IN-0001	Vigente	1	17/02/2026

Código	Resultados de la evaluación de la OCI	
	Observación de forma y/o fondo	**Recomendación**
03-03-FO-0003	Hoja de Excel formulada, sin evidencia de instructivo para su correcto diligenciamiento tal como lo establece el numeral 7.4.2.10 Formatos de Manual de Elaboración de Documentos código Almera Institucional en la versión vigente 11 de fecha 2025-07-23.	Se recomienda fortalecer los controles documentales y metodológicos asociados al proceso de tele auditoría de satisfacción de PQRS, mediante la elaboración, aprobación y divulgación de un instructivo específico para el correcto diligenciamiento de la hoja de Excel utilizada como instrumento de registro y seguimiento, definiendo de manera clara los campos obligatorios, criterios de diligenciamiento incluidos en el 7.4.2.10 Formatos de Manual de Elaboración de Documentos código Almera Institucional en la versión vigente 11 de fecha 2025-07-23 que establece: " ...(...)los formatos deberán tener la indicaciones de diligenciamiento al final del formato de forma sencilla...(...)" así mismo se considera establecer responsables, fuentes de información y validaciones requeridas, incluyendo el registro obligatorio del número de la fuente de consulta (consecutivo matriz de requerimiento, Número de Radicado Bogotá Te escucha y/o Radicados Ágil Salud), que tenga estandarizada la Institución.
	Al verificar el documento 03-03-IN-0001 Instructivo de Tele auditoría de Satisfacción en la Respuesta de PQRS.pdf este documento se asocia como documento relacionado en este instructivo, pero no forma parte del desarrollo del instructivo; no se evidencia dentro de la descripción de los pasos de la actividad a realizar, como lo establece el Manual de	Así mismo, se recomienda revisar, actualizar y armonizar la documentación del proceso, garantizando la coherencia entre los documentos relacionados y los instructivos vigentes, toda vez que en el documento 03-03-IN-0001 Instructivo de Tele auditoría de Satisfacción en la Respuesta de PQRS se encuentra referenciado como documento asociado, pero no se evidencia que sea el

	Elaboración de Documentos código Almera Institucional en la versión vigente 11 de fecha 2025-07-23, en el numeral 7.4.1.4. registros asociados al documento	necesario para la ejecución de las actividades descritas en dicho instructivo, tal como lo establece el Manual de Elaboración de Documentos código Almera Institucional en la versión vigente 11 de fecha 2025-07-23, en el numeral 7.4.1.4. registros asociados al documento. Lo anterior permitirá mejorar la estandarización del proceso, la trazabilidad de la información registrada y la confiabilidad de los resultados obtenidos durante las actividades de seguimiento y evaluación.
03-03-FO-0004	Sin evidencia en el formato del instructivo para su correcto diligenciamiento.	Se recomienda fortalecer los controles documentales y metodológicos asociados al proceso de tele auditoría de satisfacción de PQRS, mediante la elaboración, aprobación y estandarización y divulgación de un instructivo específico para el correcto diligenciamiento de la hoja de Excel utilizada como instrumento de registro y seguimiento, definiendo de manera clara los campos obligatorios, criterios de diligenciamiento incluidos en el 7.4.2.10 Formatos de Manual de Elaboración de Documentos código Almera Institucional en la versión vigente 11 de fecha 2025-07-23 que establece: " ...(...)los formatos deberán tener la indicaciones de diligenciamiento al final del formato de forma sencilla...(...)"
	Durante la verificación de la trazabilidad de la respuesta, se encontró sin evidencia de asociación del documento al Procedimiento Recepción, Trámite y Respuesta a Requerimientos Ciudadanos Código 03-03-PR-0001 Fecha 2026-02-17 versión vigente: 1.0.	Es procedente hacer la revisión y establecer responsables, fuentes de información y validaciones requeridas, incluyendo el registro obligatorio del número de la fuente de consulta de los documentos desde los mecanismos de escucha y los mecanismos de respuesta como mecanismo de consulta previo a la actividad(consecutivo matriz de requerimiento, Número de Radicado Bogotá Te escucha y/o Radicados Ágil Salud), que tenga estandarizada la Institución y la inclusión y apropiación de lo pertinente para dar conformidad al numeral 3. Recomenda03) con generales el sub ítem 3.4 En el proceso de notificación de la respuesta del MANUAL PARA LA GESTIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS Orientaciones básicas para el manejo de peticiones ciudadanas de la Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá Subsecretaría de Servicio a la Ciudadanía noviembre 2020 (Versión 03) con el fin de favorecer la trazabilidad del ciclo completo Institucional de la petición
	Adicionalmente se encontró, el documento con código 03-01-FO-0025 Plantilla Oficio Respuesta PQRS, Estado Vigente: 9. de fecha 2026-09-01 del subproceso Servicio al Ciudadano al revisar, se encontró que este se incluye como parte del ítem firma de comunicaciones oficiales enviadas. Pág. 13 del documento con código 14-06-MA-0002 Manual de Correspondencia V6 de la Institución de fecha 2026-06-22.	Se recomienda contar con criterios estandarizados con los demás subprocesos con los que se articule la Unidad auditada en función de la respuesta, con el fin que no le altere su actuar procedimental de cumplimiento normativo y de ser necesario cumplir con el ítem 1. Identificar la necesidad de elaborar, adoptar, actualizar, revisar o anular un documento de la descripción ...(...) Revisando los elementos normativos, sistemáticos y administrativos establecidos en la caracterización del proceso tras realizar actividades como:» Al cambiar la manera de realizar determinada actividad o procedimiento...(...) del Procedimiento Control de documentos Código 02-01-PR-0001 Fecha 2023-08-18 Versión Vigente: 8.0
03-03-IN-0001	La formulación planteada para la selección de la muestra incluye los diferentes niveles de confianza preestablecidos, sin evidencia del margen de error.	Se recomienda cumplir con el criterio establecido de conformidad con la resolución 413 de 2023 artículo 2 al hacer la revisión que corresponda y dar conformidad al documento; conviene hacer revisión de la fórmula de muestreo estadístico y estándares para la entidad para tener en cuenta, en la aplicación del papel de trabajo por el autocontrol con criterios de calidad y objetividad para los muestreos estadísticos relacionados con PQRSDF

Fuente de la Información Almera Institucional cuadros elaboración propia de la OCI