

<b>SUCURSAL</b>	<b>NEIVA</b>
-----------------	--------------

<b>FECHA</b>	14 de octubre Del 2025
<b>NOMBRE DEL INFORME:</b>	Informe de Manifestaciones SIAU.
<b>PRESENTADO POR:</b>	Claudia Ximena Bahamón Galindo
<b>CARGO:</b>	Coordinadora SIAU

<b>OBJETIVO DEL INFORME</b>	Presentar el informe de seguimiento al procedimiento de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios atendidos en la Clínica Medilaser S.A.S sucursal Neiva durante el mes de septiembre del año 2025.
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</b>
A continuación, se presenta informe de seguimiento al procedimiento de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios atendidos en la Clínica Medilaser S.A.S sucursal Neiva durante el mes de septiembre del año 2025. Los datos aquí reportados, se obtuvieron de la recolección de información en la apertura de buzones, buzón de página web, correos electrónicos y trámites de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones.
La información consolidada para la elaboración de este informe, es adquirida a través del responsable de la oficina de atención al usuario conforme a lo documentado en el Manual De Atención Al Usuario.
La clínica Medilaser cuenta con un software para el proceso de radicación, gestión y envío de respuestas de PQR y comunicaciones en general dentro de la organización, para reemplazar procesos no automatizados que se llevan a cabo y mejorando la eficiencia en el flujo de información correspondiente a PQR y sus respectivas respuestas; el sistema logra integrar los diferentes canales de Atención al ciudadano en un único sistema de registro, seguimiento y gestión, garantizando la trazabilidad y acceso a consulta de la información en forma automatizada.
Se cuenta con un espacio en la página web principal para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad y de los cuales tengan conocimiento, así como sugerencia que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público.

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

- Página web: [www.medilaser.com.co](http://www.medilaser.com.co)
- Formato Físico de PQRSF, [F-GC-376 MD] FORMATO REPORTE MANIFESTACIONES POR BUZON - V4
- Correo electrónico: [siau.neiva@medilaser.com.co](mailto:siau.neiva@medilaser.com.co)
- Buzones de sugerencias (37) que se encuentran ubicados por las diferentes sedes y servicios de la clínica distribuidos de la siguiente manera:
  - 20 sede centro
  - 8 sede Abner Lozano
  - 4 sede La Toma
  - 5 sede Myriam Parra
- Líneas telefónicas: celular 3164720237 y una línea fija 6088724100 ext. sede centro -1439-1128), sede Abner lozano 6088664566 ext. 8207 línea gratuita nacional 01 8000 932 370.

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	2 DE 18

- 3 oficinas de atención al usuario de manera presencial, están ubicadas 1 en la sede Abner lozano y 1 en la sede centro y otra en la sede Myriam Parra

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

1. PQRSF radicadas por servicio septiembre de 2025.

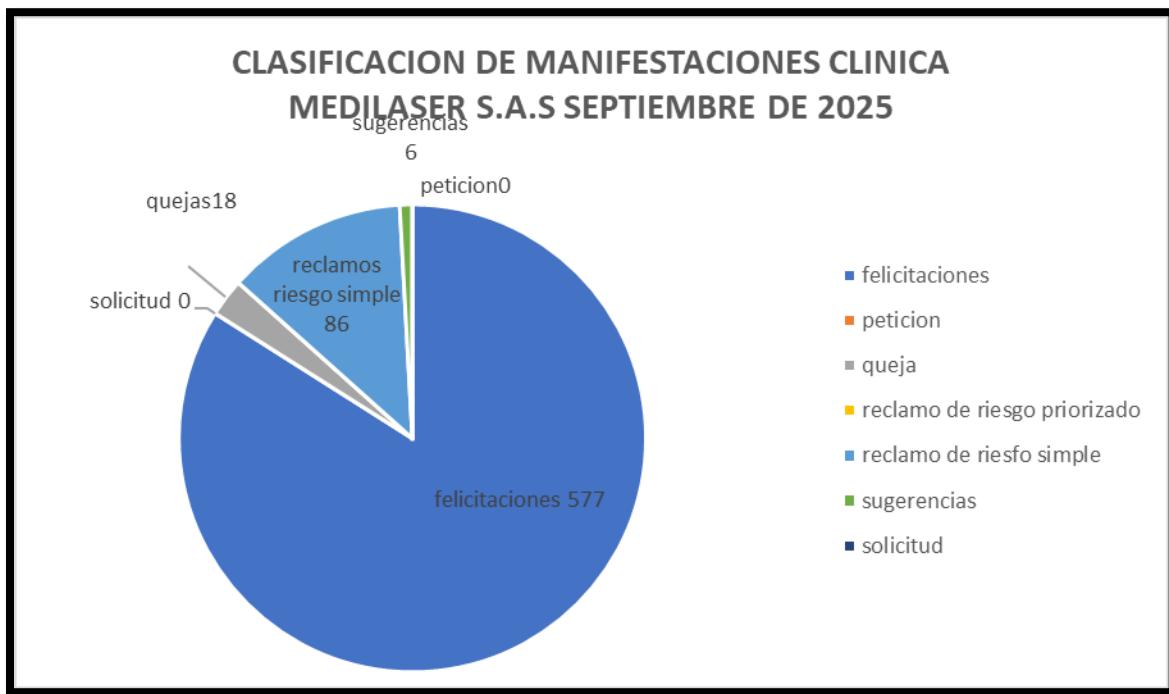
Para el mes de septiembre de 2025 se radicaron en total 702 PQRSF, en los siguientes servicios de la Clínica Medilaser SAS

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

Distribución por sede:

Área de Origen	Cuenta de Área Origen
Clínica Medilaser Neiva Sede Abner Lozano	173
Clínica Medilaser Neiva Sede Ambulatoria la Toma	45
Clínica Medilaser Neiva Sede Centro	312
Clínica Medilaser Neiva Sede Myriam Parra	172
Total, general	702

1. Comportamiento mensual de las PQRSF del mes de septiembre de 2025. De conformidad con la información suministrada por SIAU (Recepción y Registro) se presenta el siguiente comportamiento de las PQRSF de la clínica Medilaser, reportado de manera mensual en el formato físico de PQRSF y en la página Web de la Entidad.



Comportamiento de la PQRSF, mes de septiembre de 2025. Información SIAU.

Durante el mes de septiembre de 2025, se analizaron las manifestaciones recibidas por parte de los usuarios. De acuerdo con la clasificación presentada, se evidencia que la mayoría corresponde a felicitaciones, con un total de 577 registros, lo que representa aproximadamente un 84% del total. Este resultado refleja una percepción mayoritariamente positiva respecto a la atención y los servicios prestados.

En segundo lugar, se ubican los reclamos de riesgo simple, con 86 registros (12%), lo cual continúa señalando oportunidades de mejora en aspectos que, si bien no representan un riesgo crítico, sí requieren atención oportuna para prevenir su escalamiento.

Las demás manifestaciones se distribuyen así:

- Sugerencias: 6 casos (0,8%)
- Quejas: 18 casos (2,5%)
- Solicitudes: 0 casos
- Reclamos de riesgo priorizado: 0 caso
- Reclamos de riesgo simple: 86 (12%)

El balance general del mes de septiembre muestra una tendencia positiva, con una mayoría significativa de manifestaciones favorables (felicitaciones y sugerencias) que superan ampliamente a las manifestaciones por no conformidad.

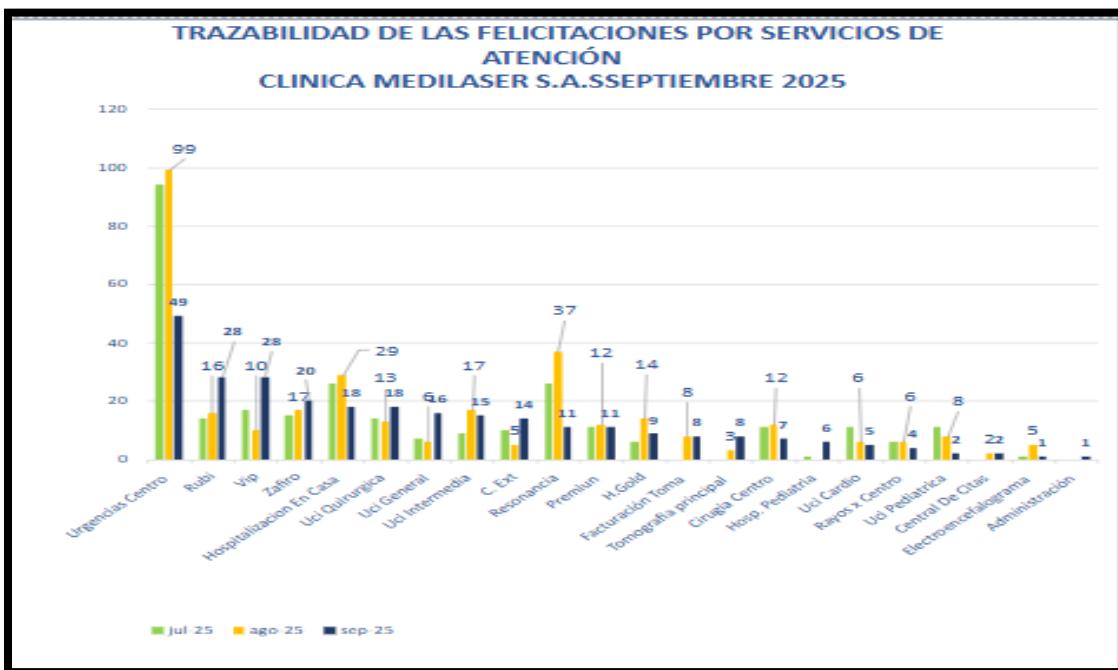
2. **Medios de Recepción** En cuanto a los medios de recepción utilizados por los usuarios para interponer sus PQRSF, se tiene:

Fuente	Cuenta de Fuente
Buzón de Sugerencias	662
Email	21
Personal	10
Web	1
Telefónico	8
Total, general	702

Durante el mes de septiembre de 2025, se recibieron un total de 702 manifestaciones a través de los distintos canales habilitados para la atención al usuario. A continuación, se presenta el análisis por fuente:

- Buzón de Sugerencias: Con 662 registros, este canal concentró aproximadamente el 94.30% del total de manifestaciones, consolidándose como el medio más utilizado por los usuarios. Esto evidencia su alta accesibilidad y posicionamiento como vía principal para expresar opiniones, quejas, felicitaciones o sugerencias.
- Correo Electrónico (Email): Con 21 registros (2.99%), se mantiene como la segunda fuente más utilizada, siendo especialmente útil para usuarios que prefieren medios digitales o asincrónicos.
- Atención Personal: Se registraron 10 manifestaciones (1.42%) de manera presencial. Si bien la cifra es baja, puede reflejar la atención directa durante las rondas institucionales o la resolución de situaciones sin necesidad de formalización.
- Página Web: Se recibieron 1 manifestaciones (0.14%) por esta vía, lo que representa una oportunidad de mejora en su promoción como canal alternativo de contacto.
- Atención Telefónica: Se reportaron 8 manifestaciones, (1.13%)

#### Trazabilidad De Las Felicitaciones Por Servicio septiembre 2025



VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	5 DE 18

Durante el mes de septiembre de 2025, se identificaron los servicios que recibieron mayor número de felicitaciones por parte de los usuarios, lo cual refleja el reconocimiento hacia la atención humanizada, la calidad asistencial y el compromiso del personal de salud. A continuación, se destacan los cinco primeros lugares:

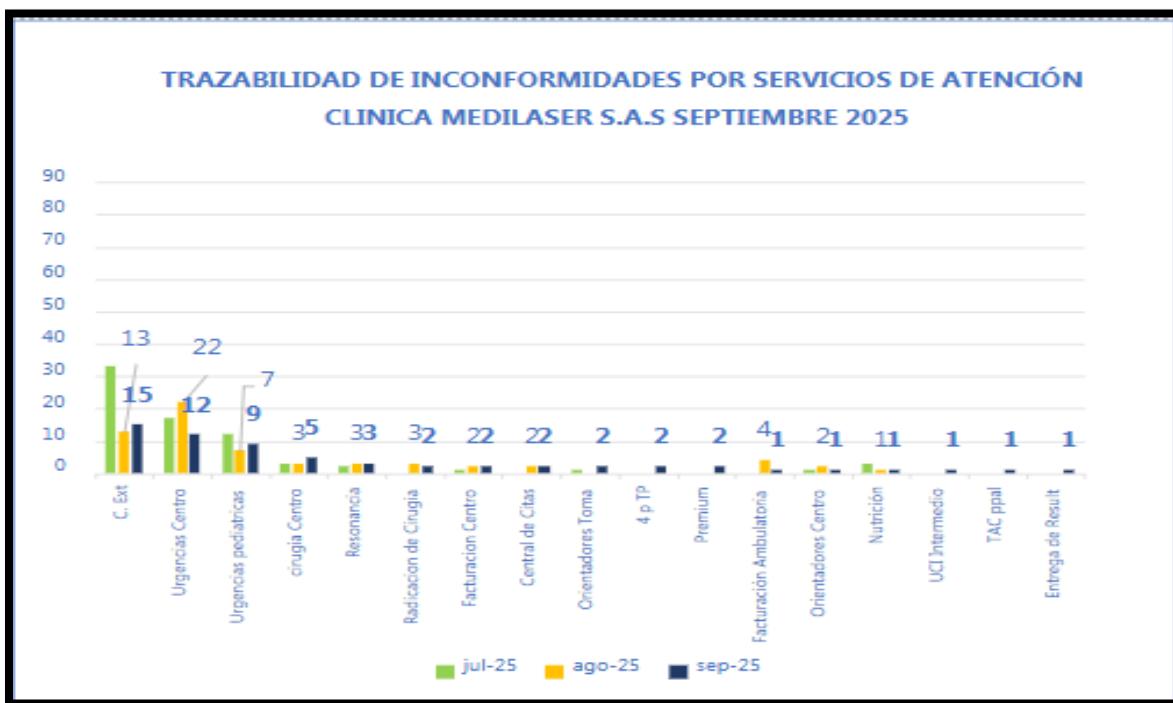
1. **Urgencias:** Se ubicó en primer lugar con **49 felicitaciones**, siendo el servicio con mayor número de reconocimientos en el mes, este resultado evidencia una mejora en la percepción del usuario incluso en un entorno de alta demanda y presión asistencial.
2. **Hospitalización rubí:** Ocupa el segundo lugar con **28 felicitaciones**, destacándose por la calidad en el servicio y atención humanizada
3. **Hospitalización vip:** En tercer lugar, con **28 felicitaciones**, se mantiene como un servicio altamente valorado por su atención humanizada y centrada en el paciente.
4. **Hospitalización zafiro:** Con **20 felicitaciones**, ocupa el cuarto lugar, lo que refleja una experiencia positiva en el cuidado del paciente.
5. **Hospitalización en casa:** Se posiciona en el quinto lugar con **18 felicitaciones**

Este análisis permite identificar las áreas de excelencia que pueden servir como referencia para otros servicios, promoviendo el fortalecimiento institucional de buenas prácticas.

### Estrategia de Reconocimiento Institucional

Una vez recibidas, las felicitaciones son entregadas directamente al personal o servicios involucrados como parte del reconocimiento por su labor. Además, se remiten a la Dirección de Talento Humano para ser incorporadas en la hoja de vida del trabajador, fortaleciendo la cultura organizacional de estímulo y buen desempeño.

### Trazabilidad De Las Inconformidades Por Servicio Septiembre 2025



VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	6 DE 18

Durante el mes de septiembre de 2025, se evidenció que las manifestaciones de inconformidad por parte de los usuarios continuaron concentrándose principalmente en servicios con alta demanda y procesos asistenciales críticos. A continuación, se detallan los cuatro servicios con mayor número de manifestaciones, junto con posibles causas asociadas:

- 1. urgencias – 10 manifestaciones,** Se mantiene como el servicio con mayor número de inconformidades.

Las principales causas reportadas continúan siendo: tiempos prolongados de espera, demoras en la clasificación y atención médica, así como percepción de escasa información brindada al paciente y su familia.

## **2. Consulta externa – 2 manifestaciones**

Las inconformidades se relacionan con dificultades para agendamiento de citas, reprogramaciones frecuentes, y demoras en la atención médica una vez el usuario se encuentra en la institución, de igual manera para el área de cirugía se atribuye a la inoportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos.

## **3. urgencias pediátricas – 2 manifestaciones**

Las quejas predominantes se centran en demoras en la asignación de consultas prioritarias, Se identificaron situaciones relacionadas con tiempos de espera, acompañamiento insuficiente, y percepción de trato poco empático hacia niños y sus acompañantes.

Servicios con manifestaciones puntuales (1 a 2 casos):

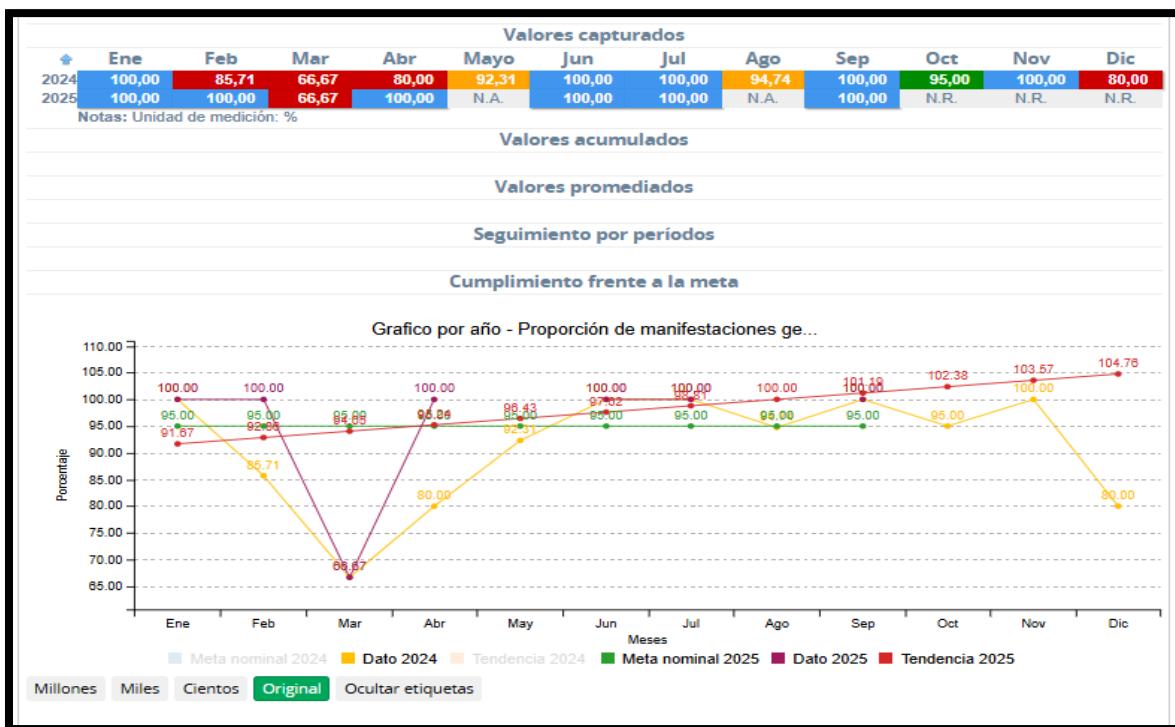
Incluyen áreas como **orientación, uci adultos**, UCI cardiovascular, 5 piso, ambulancia, dirección médica entre otros, Si bien el volumen de casos es menor, se recomienda realizar un análisis individual de estas manifestaciones para identificar causas raíz y prevenir recurrencias.

### **Recomendaciones:**

- a. **Fortalecer la gestión de tiempos de espera**, especialmente en servicios críticos como Urgencias y Consulta Externa.
- b. **Optimizar los procesos de agendamiento y comunicación**, especialmente en el servicio de cirugía Cirugía.
- c. Aumentar la empatía y claridad en la información entregada al usuario, reforzando habilidades comunicativas del personal.
- d. **Realizar seguimiento específico en servicios con mayor volumen de manifestaciones**, y promover espacios de mejora continua con los equipos de trabajo.

### Informe De Manifestaciones Neiva

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



El resultado obtenido para el indicador **Proporción de manifestaciones gestionadas oportunamente (Reclamaciones de riesgo priorizado) NEIVA** durante el periodo de 26 de agosto a 25 de septiembre no se registraron reclamaciones priorizadas, lo cual sugiere consistencia en la gestión y estabilidad en los procesos asistenciales. De manera complementaria, los indicadores de percepción del usuario continúan mostrando niveles elevados de satisfacción, lo que refuerza la confianza en la calidad del servicio.

El resultado satisfactorio del mes se atribuye a que todos los casos fueron gestionados y cerrado de manera oportuna por el personal de la Oficina de Atención al Usuario.

No obstante, se realiza intervención por la coordinación SIAU con los líderes de servicios en el cual se reforzó la importancia de realizar el cierre oportuno de las PQR direccionalas por las EAPB, también, se cuenta con un asistente administrativo dedicado 100% a seguimiento de las solicitudes que llegan por correo y se genera respuesta de manera inmediata de las solicitudes de consultas, lo cual impacta en los tiempos de atención.

También se garantiza la cobertura de la oficina de atención al usuario en jornada continua, de lunes a viernes, de 07:00 a.m. a 07:00 p.m., y los sábados, de 09:00 a.m. a 01:00 p.m. Este horario extendido permite un seguimiento más efectivo y oportuno de las manifestaciones de los usuarios, facilitando la gestión de sus

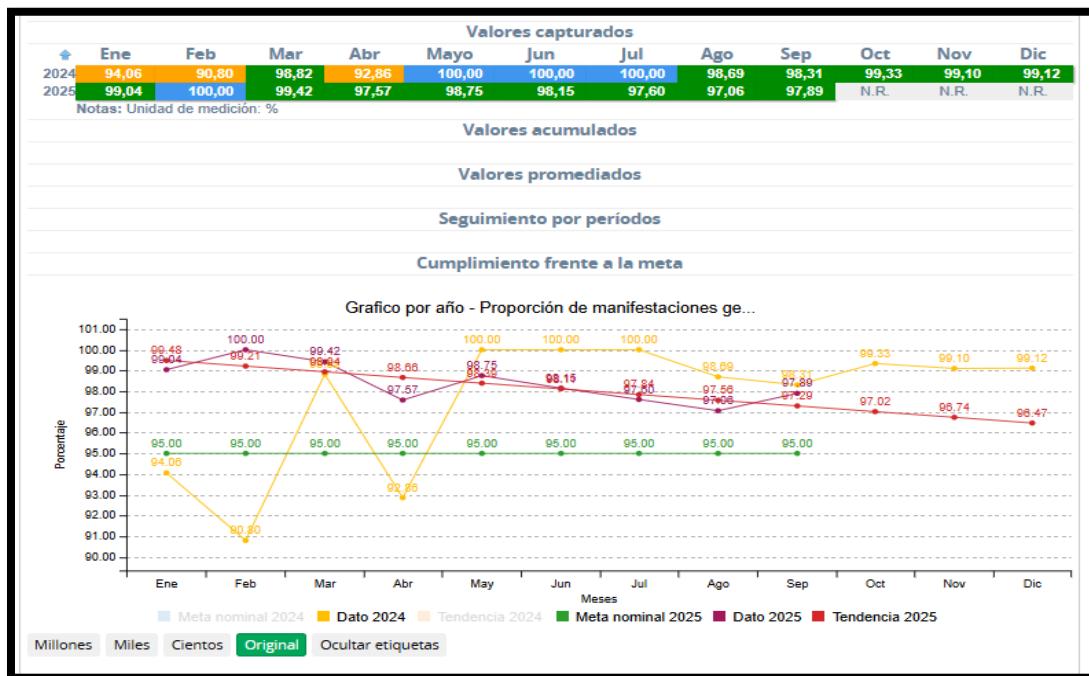
inquietudes, quejas o sugerencias. Además, contribuye a dar cierre a las manifestaciones de manera ágil, asegurando que cada caso sea atendido con la diligencia necesaria y en el menor tiempo posible.

También, se cuenta con un asistente nuevo en la sede ambulatoria

Se considera necesario conservarlas intervenciones hacia los líderes de los servicios, por tanto, se propone a la unidad de SIAU, continuar notificando de manera oportuna, las manifestaciones en software de gestión de calidad, y así, los líderes involucrados pueden intervenir de manera inmediata y oportuna, dando a conocer sus acciones correctivas o preventivas que haya lugar.

Se recomienda a los subdirectores y/o líderes de servicio continuar con la priorización el envío de los argumentos de respuesta teniendo en cuenta los tiempos estipulados. se continuo seguimiento de este indicador en el comité de SIAU, y socialización de las manifestaciones en los grupos primarios.

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



Proporción de manifestaciones gestionadas oportunamente (riesgo simple) – Sede Neiva, durante el periodo comprendido entre el 26 de agosto y el 25 de septiembre de 2025, el indicador alcanzó un resultado de 97.89%, manteniéndose por encima de la meta institucional del 95%, con una diferencia positiva de 2.89 puntos porcentuales.

El resultado refleja una mejora de 0.83 puntos porcentuales frente al mes anterior (agosto: 97.06%), lo que

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	9 DE 18

demuestra una recuperación en la oportunidad de respuesta y una mayor efectividad en la gestión de las manifestaciones de riesgo simple.

La desviación estándar fue de 0.35, valor bajo que indica consistencia y estabilidad en los tiempos de gestión, sin representar una variación significativa en el desempeño mensual.

#### **Aspectos destacados:**

Alta proporción de cumplimiento, alineada con el objetivo institucional de garantizar una gestión oportuna dentro de un estándar más estricto que la norma nacional (65 horas vs. 72 horas establecidas en la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023).

Seguimiento continuo y trazabilidad a través del software de gestión de calidad, que permite alertar desviaciones y asegurar cierres dentro de los plazos.

Monitoreo constante del asistente administrativo SIAU y compromiso activo de los líderes de servicio.

Horario extendido de atención (lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.), que continúa facilitando la atención oportuna y la gestión en tiempo real.

#### **Correlación con indicadores de experiencia del usuario – Septiembre 2025**

Proporción de usuarios satisfechos – Sede Centro: 98.43%

Proporción de usuarios que recomendarían la clínica a un familiar o amigo: 99.16%

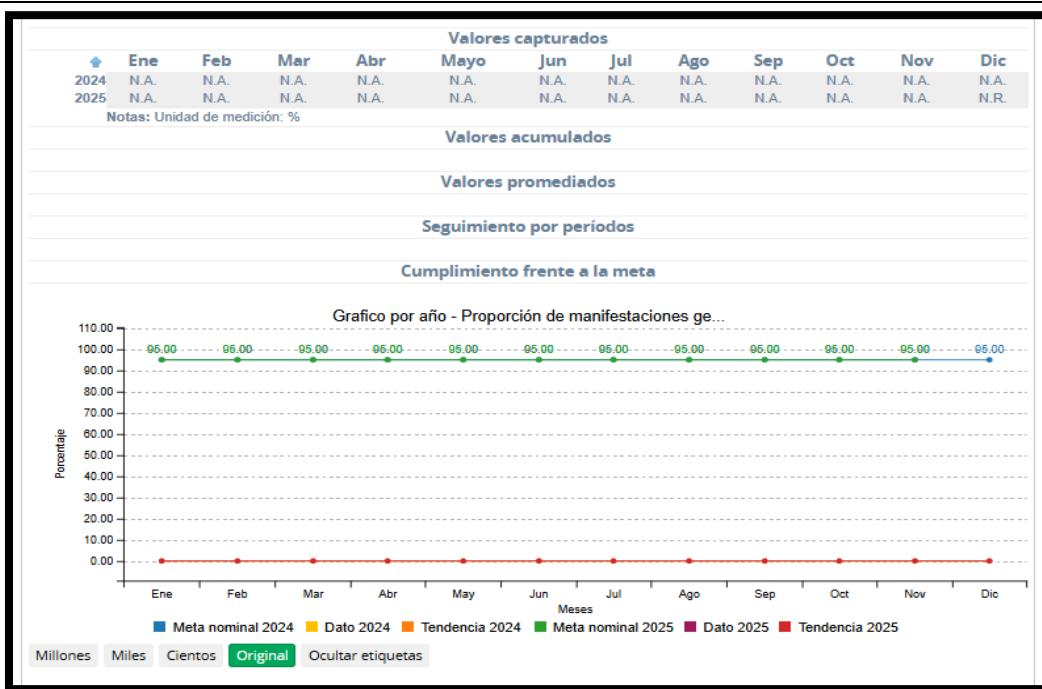
En comparación con agosto (Satisfacción: 95.37%, Recomendación: 98.03%), se observa una mejora significativa en la percepción de los usuarios, lo cual puede estar asociado a la eficiencia sostenida en la gestión de manifestaciones y al fortalecimiento de los procesos de comunicación y seguimiento.

#### **Recomendaciones.**

- Mantener la estrategia actual, basada en el seguimiento riguroso de los tiempos de respuesta y el acompañamiento continuo a las sedes.
- Reforzar el control preventivo por parte del asistente SIAU, asegurando la priorización de casos según el nivel de riesgo y evitando reprocesos.
- Promover la retroalimentación permanente de los resultados en comités SIAU y reuniones de líderes, consolidando la cultura de mejora continua.
- Sostener el estándar interno de 65 horas, como referente clave para garantizar la excelencia en la atención al usuario.

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

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	10 DE 18



Durante el periodo del 26 de agosto y 25 de septiembre de 2025, no se reportaron manifestaciones clasificadas como de riesgo vital, ni por los canales institucionales (presencial, telefónico, correo electrónico o buzón de PQRS), ni por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Este resultado refleja un periodo sin eventos críticos percibidos por los usuarios, lo que sugiere estabilidad en los procesos asistenciales, un adecuado manejo de los casos clínicos desde el primer nivel de atención, y una percepción positiva frente a la oportunidad, seguridad y calidad del servicio recibido.

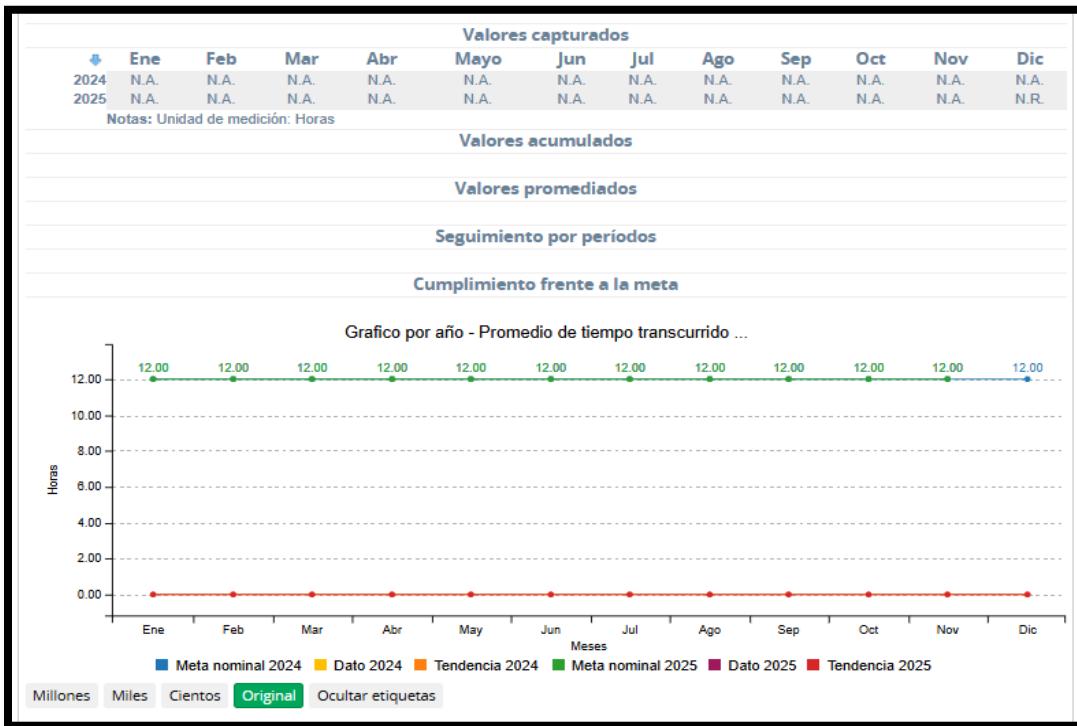
A pesar de no haberse presentado casos en estos meses, la institución mantiene activos los protocolos de respuesta inmediata ante manifestaciones de riesgo vital, en cumplimiento con la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, que establece un tiempo máximo de respuesta de 24 horas para este tipo de situaciones.

El equipo de Atención al Usuario y los líderes asistenciales permanecen instruidos para actuar con prioridad ante cualquier manifestación clasificada como de riesgo vital, garantizando una respuesta oportuna, integral y centrada en la protección del paciente.

#### Recomendaciones:

- Continuar con la vigilancia activa de todos los canales de atención al usuario para identificar oportunamente cualquier manifestación crítica.
- Reforzar con el equipo asistencial y administrativo la importancia del protocolo de atención en riesgo vital, asegurando su conocimiento y correcta aplicación.
- Mantener la socialización permanente de los canales de comunicación con los usuarios, asegurando que estén informados sobre cómo y dónde reportar situaciones críticas.

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



Durante el periodo de 26 de agosto y 25 de septiembre de 2025, no se reportaron manifestaciones clasificadas como de riesgo vital, ni por los canales institucionales (presencial, telefónico, correo electrónico o buzón de PQRS), ni por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

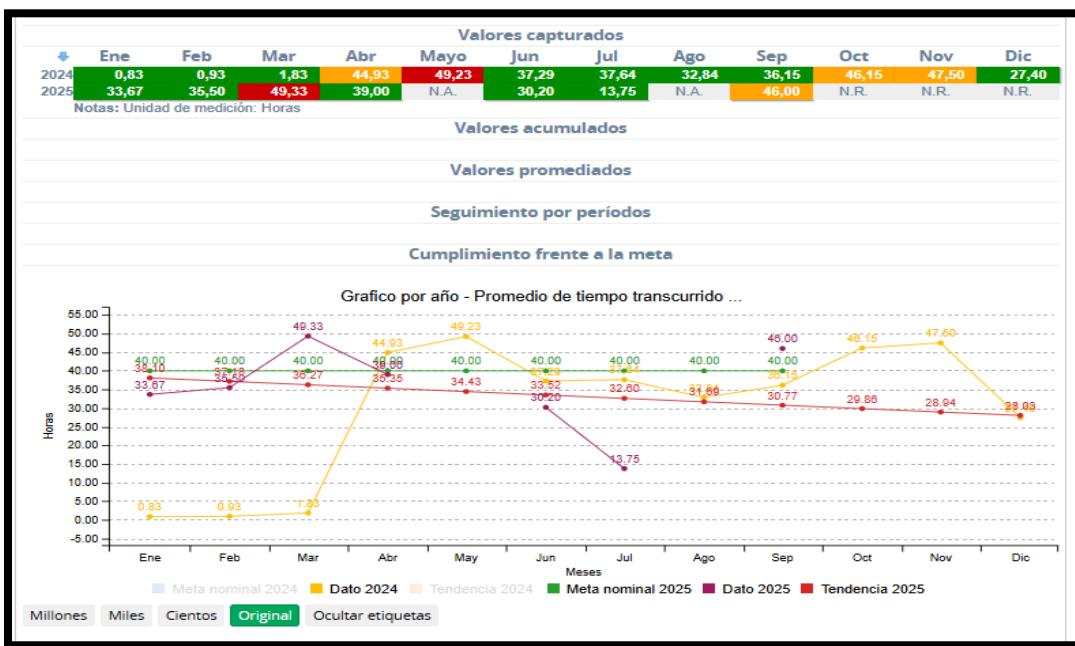
Este resultado refleja un periodo continuo sin eventos críticos percibidos por los usuarios, lo que sugiere estabilidad en los procesos asistenciales, una adecuada gestión de los casos clínicos desde el primer nivel de atención, y una percepción positiva por parte de los usuarios frente a la oportunidad, seguridad y calidad del servicio recibido.

A pesar de no haberse presentado casos durante ambos meses, la institución mantiene activos los protocolos de respuesta inmediata ante manifestaciones de riesgo vital, en cumplimiento con la Circular Externa No. 2023151000000010-5 de 2023 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, que establece un tiempo máximo de respuesta de 24 horas para este tipo de situaciones.

El equipo de Atención al Usuario y los líderes asistenciales permanecen instruidos para actuar con prioridad ante cualquier manifestación clasificada como de riesgo vital, garantizando una respuesta oportuna, integral y centrada en la protección del paciente.

- Continuar con la vigilancia activa de todos los canales de atención al usuario para identificar oportunamente cualquier manifestación crítica.
- Reforzar con el equipo asistencial y administrativo la importancia del protocolo de atención en riesgo vital, asegurando su conocimiento y correcta aplicación.
- Mantener la socialización permanente de los canales de comunicación con los usuarios, promoviendo su uso adecuado para el reporte de situaciones críticas.

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



Durante el periodo evaluado, de 26 de agosto al 25 de septiembre de 2025, se recibió un (1) reclamo clasificado como de riesgo priorizado, el cual fue gestionado y cerrado en un tiempo total de 46 horas, cumpliendo con el límite máximo de respuesta establecido en la Circular Externa No. 202315100000010-5 de 2023 de la Superintendencia Nacional de Salud, que determina un plazo máximo de 48 horas para este tipo de casos.

El resultado del indicador para el periodo fue de 46.00 horas, con una desviación estándar de 23.61. En el mes inmediatamente anterior (26 de julio al 25 de agosto de 2025), no se reportaron reclamos de riesgo priorizado, lo que evidencia la activación efectiva del protocolo institucional en el momento en que se presentó una manifestación crítica durante el mes de septiembre.

Este desempeño refleja la capacidad de respuesta oportuna y efectiva del equipo institucional, así como el compromiso con la atención centrada en el usuario y el cumplimiento normativo. Además, los resultados de correlación con otros indicadores de experiencia del usuario evidencian una percepción positiva del servicio recibido:

Proporción de usuarios satisfechos – Septiembre 2025: 98.43%

Proporción de usuarios que recomendarían a Clínica Mediláser S.A.S. a un familiar o amigo – Septiembre 2025: 99.16%

Estos valores sugieren una tendencia favorable en la percepción de calidad, incluso ante la atención de casos priorizados, reafirmando la confianza de los usuarios en la institución.

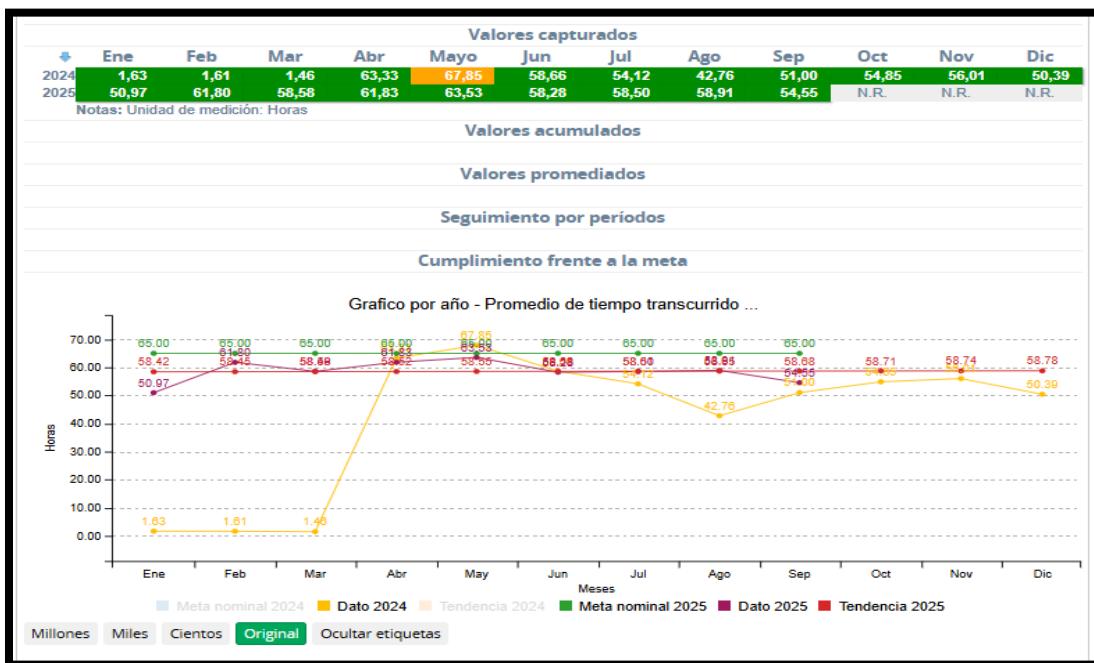
#### Recomendaciones:

Mantener la vigilancia activa de todos los canales institucionales para identificar y atender oportunamente cualquier reclamo priorizado.

Continuar con la socialización de los tiempos normativos de respuesta con el personal asistencial y administrativo, reforzando la importancia de la gestión inmediata y la comunicación efectiva con el usuario.

Conservar el seguimiento del indicador en los comités SIAU y la socialización periódica de resultados, garantizando la sostenibilidad de la tendencia positiva observada.

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



Durante el periodo evaluado del 26 de agosto al 25 de septiembre, el tiempo promedio de respuesta a las manifestaciones clasificadas como reclamos de riesgo simple fue de 54.55 horas, resultado que se mantiene 10.45 horas por debajo de la meta institucional (<65 horas) y representa una mejora de 4.36 horas respecto al mes anterior (agosto: 58.91 horas).

Este desempeño evidencia una tendencia positiva y sostenida en la oportunidad de respuesta, reflejando el impacto de las estrategias implementadas en seguimiento, trazabilidad y compromiso de los equipos responsables.

Desviación estándar: 1.97, lo cual indica una variabilidad moderada entre los tiempos de respuesta, aunque sin representar afectación significativa en el cumplimiento global.

Total reclamos de riesgo simple gestionados: 95

Casos gestionados dentro del tiempo normativo (72 horas): 93

Casos con retraso: 2, ambos correspondientes a la sede Centro. La causa principal estuvo asociada a falta de seguimiento en el proceso de cierre por parte del personal responsable. No obstante, es importante precisar que actualmente la gestión de manifestaciones recae en un único asistente, dado que la segunda persona del equipo se encuentra incapacitada desde hace aproximadamente dos meses, situación que ha limitado la capacidad operativa del área.

Correlación con indicadores de experiencia del usuario – Septiembre 2025

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	14 DE 18

Los indicadores de percepción continúan reflejando niveles altos de satisfacción:

- Proporción de usuarios satisfechos – Sede Centro: 96.02%
- Proporción de usuarios que recomendarían la clínica a un familiar o amigo: 98.71%

Estos resultados muestran una recuperación frente al mes anterior (agosto: 95.37% y 98.03%, respectivamente) y evidencian que la oportunidad en la respuesta a las manifestaciones contribuye positivamente a la percepción global de la atención.

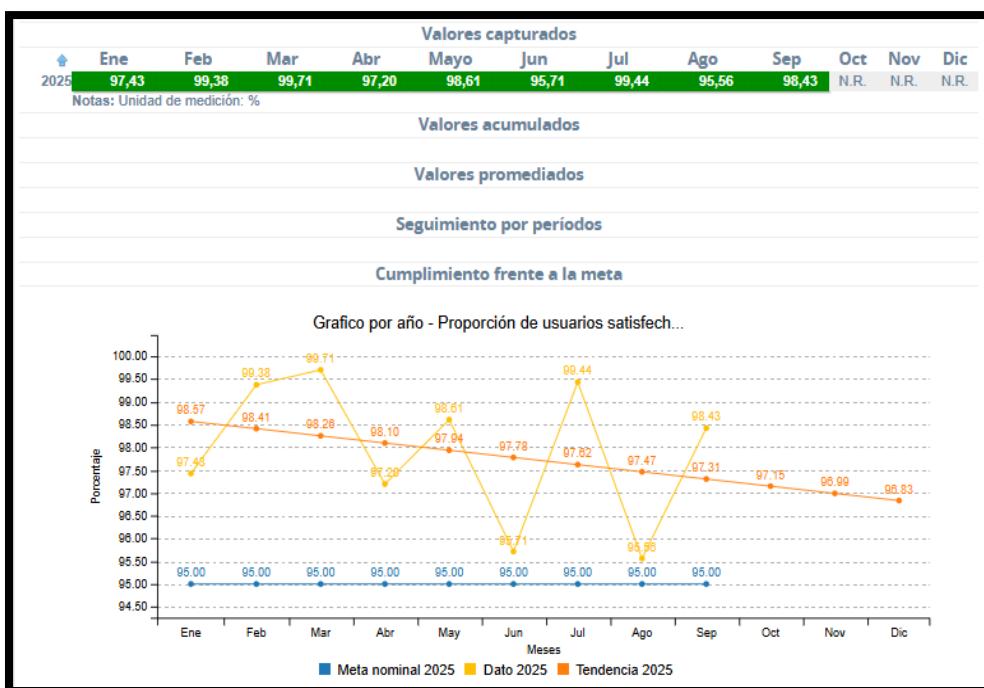
#### Factores que sostienen la mejora

- Seguimiento diario y registro inmediato de casos en el software de gestión de calidad.
- Compromiso de líderes de sede y subdirecciones en la emisión oportuna de respuestas.
- Socialización continua de casos críticos en comités SIAU y espacios de gestión de riesgos.
- Fortalecimiento del trabajo en red entre sedes y del acompañamiento por parte de Atención al Usuario.

#### Recomendaciones:

- Mantener la estrategia de alertas tempranas ante posibles vencimientos de términos.
- Replicar prácticas efectivas en las sedes con mejores desempeños en oportunidad.
- Continuar el análisis mensual en comité SIAU, garantizando sostenibilidad y mejora continua.

### Tendencia De La Proporción De Usuarios Satisfechos sede centro



Durante el mes de septiembre de 2025, la sede Centro de la Clínica Medilaser alcanzó un resultado de 98,43% en el indicador Proporción de Usuarios Satisfechos, cumpliendo la meta institucional establecida del 95% y superándola en 3.43 puntos porcentuales.

En comparación con el resultado de agosto (95,56%), se evidencia una variación de -2,87 puntos porcentuales. No obstante, la desviación estándar calculada para el mes (1,64) se encuentra por debajo de 2, lo que indica que la variabilidad no es significativa en la presente medición.

Resultados por servicio – septiembre 2025

Área	Usuarios satisfechos	Total, encuestados	% Satisfacción
Consulta Externa	0	0	N. A
Hospitalización en Casa	24	24	100,00%
Cirugía	52	53	98,11%
Urgencias	135	138	97,83%
Servicios Ambulatorios	93	93	100,00%
Hospitalización	71	73	97,26%
Total, general	375	381	98,43%

Se observa que las áreas de urgencias (97,83%) y hospitalización (97,26%) presentan los porcentajes de satisfacción más bajos en comparación con el promedio institucional, representando oportunidades de mejora focalizada.

Factores que sostienen el desempeño positivo:

Mantenimiento de la privacidad y confidencialidad en la atención.

Disponibilidad de ambientes confortables, seguros y limpios, valorados positivamente por los usuarios.  
Un trato amable, empático y profesional por parte del personal.

Acompañamiento integral que fortalece la confianza del paciente en los procesos asistenciales.

Correlación con otros indicadores de satisfacción – septiembre

2025 Proporción de usuarios satisfechos (global): 98,43%

Proporción de usuarios que recomendarían la institución: 99,16%

La correlación se mantiene positiva, reflejando que la percepción de satisfacción global y la disposición a recomendar la institución continúan en niveles altos, aunque con una ligera disminución frente al mes anterior.

#### **Recomendaciones:**

Focalizar acciones de mejora en urgencias y servicios ambulatorios, con refuerzo en comunicación, tiempos de atención y acompañamiento administrativo.

Mantener y fortalecer la capacitación continua del personal, asegurando la homogeneidad en la calidad de la atención.

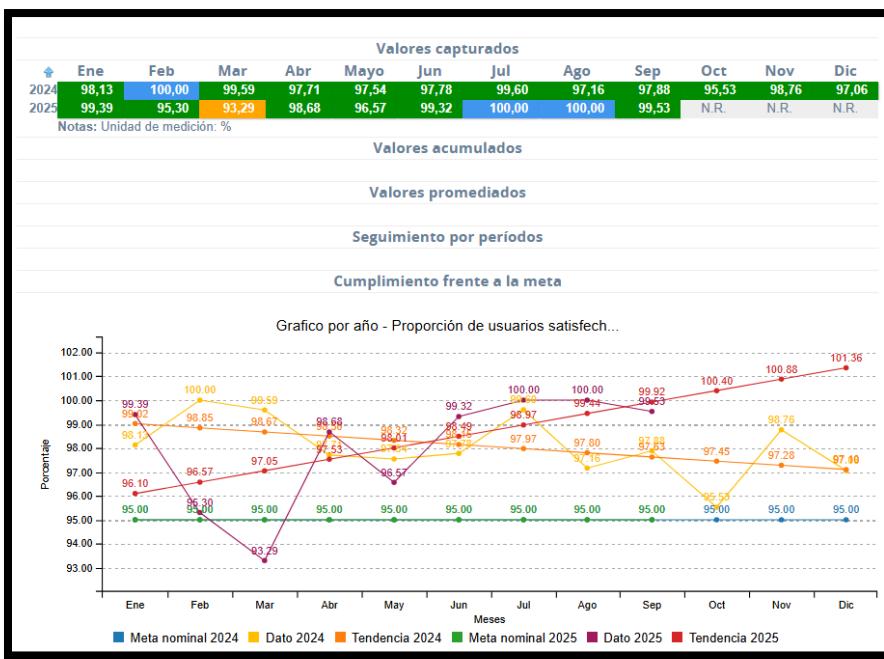
Promover la socialización de los resultados en comités y equipos de trabajo para reforzar la cultura de mejoramiento

contin

uo.

El resultado de agosto confirma el cumplimiento de la meta institucional de satisfacción, aunque con una disminución frente al mes anterior. Los hallazgos en urgencias y servicios ambulatorios constituyen áreas prioritarias para la implementación de acciones de refuerzo, garantizando la consistencia de los altos estándares de calidad que caracterizan a la Clínica Medilaser.

### Sede Abner Iozano



Tras el análisis de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción aplicada durante el mes de septiembre, se evidenció que el **indicador de proporción de usuarios satisfechos** en la sede Abner Lozano fue del 99,53%, superando en **4.93 puntos porcentuales** la meta nominal establecida (>9595%).

Este resultado refleja una aceptación positiva por parte de los usuarios, atribuible principalmente a la percepción de una **atención humanizada** y a la **claridad en la información suministrada** durante el proceso de atención.

Se analizó una **desviación estándar de 0.22**, la cual no se considera significativa para la presente medición. Esta baja variabilidad se explica por el cumplimiento constante de la meta en los últimos tres meses, lo que refleja **estabilidad en la calidad del servicio** y consistencia en la satisfacción de los usuarios.

se observa un **cumplimiento positivo en todos los servicios de la clínica**. Este desempeño destaca el compromiso institucional con la calidad y la atención centrada en el paciente. Entre las principales fortalezas identificadas se encuentran:

- **Privacidad y confidencialidad:** Se garantiza la privacidad durante las valoraciones físicas y la confidencialidad de la información médica especialmente en los servicios de hospitalización, en los servicios de urgencias se tienen cortinas entre cubículos, se establecieron miembros para realizar procedimientos.
- **Acceso a segunda opinión médica:** Se aseguró este derecho a los usuarios que lo solicitaron, adaptándose a la disponibilidad del recurso humano institucional.
- **Ambientes limpios y bien mantenidos:** Los usuarios manifestaron alta satisfacción con la limpieza y el mantenimiento de habitaciones, consultorios y baños públicos.
- **Personal calificado y humanizado:** El personal asistencial y administrativo fue altamente valorado por su **amabilidad, competencia y profesionalismo**, especialmente en la comunicación sobre el estado de salud del paciente.
- **Horarios de visita flexibles:** La amplitud de horarios para visitas permitió fortalecer el **apoyo emocional** de los pacientes, mejorando su experiencia durante la hospitalización.

El cumplimiento de los indicadores es resultado de la implementación de estrategias efectivas orientadas a mejorar la experiencia del usuario. Entre las acciones más destacadas se encuentran:

- **Socialización continua de resultados:** Se realiza la socialización mensual de los resultados de satisfacción con los grupos primarios de cada servicio.
- **Retroalimentación periódica:** Los informes de satisfacción son enviados mensualmente a cada uno de los servicios, promoviendo la mejora continua.

#### **4. Recomendaciones**

Dado el cumplimiento del 100% en el indicador de satisfacción, se recomienda **mantener y fortalecer** las estrategias actuales, garantizando la atención humanizada, el trato digno y la calidad en todos los servicios. Esto permitirá sostener y replicar estos resultados en el tiempo, alineados con los objetivos institucionales y los estándares de calidad que caracterizan a la clínica.

##### **1.1. Otros Aspectos Relevantes de la Gestión**

N.A

##### **1.2. Dificultades presentadas en la ejecución**

N.A

#### **2. CONCLUSIONES**

##### **Principales fortalezas:**

VERSIÓN	6
VIGENCIA	Febrero 2023
CÓDIGO	F-GI-200 MD
PÁGINAS	18 DE 18

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

## **2.2 Principales Oportunidades de mejora**

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

## **RECOMENDACIONES**

N.A

## **ANEXOS.N/A**

**Responsable del informe: Claudia Ximena Bahamón Galindo**

**Cargo: Coordinadora SIAU**