PRESENTACIÓN DE INFORMES PQRS

I SEMESTRE

DE ENERO A JUNIO 2021

Oficina SIAU: Servicio de Información y Atención al Usuario

TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO DEL INFORME 3
RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN..... 3
MARCO NORMATIVO..... 3
MARCO CONCEPTUAL..... 4
CLASIFICACIÓN DE LAS QUEJAS 4
Causa de la ocurrencia de los hechos, según personal involucrado..... 5
LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN PQRSD
- Apertura de buzones..... 11
- Vía telefónica..... 13
- Formulación verbal..... 13
- PQRS anónimas..... 14
- PQRS incompletas..... 14
- Direccionamiento y reasignación de las PQRS..... 15
- Seguimiento a la oportunidad en la respuesta inicial y parcial..... 16
- Semaforización en tiempos de oportunidad de respuestas PQRS..... 16
- Seguimiento a oportunidad de respuesta complementaria..... 17
- Seguimiento a la idoneidad en la respuesta complementaria..... 17

INFORME ESTADISTICO Enero a Junio 2021.....
- Clasificación de las solicitudes según el tipo documental..... 19
- Clasificación según el área de ocurrencia de los hechos..... 20
- Según el tipo de personal involucrado 22

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS.....
- Según el presunto derecho vulnerado 23
- Según la ocurrencia de los hechos 27

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA 29
RANKING..... 30
MATERIAL DE APOYO 33

OBJETIVO DEL INFORME:

Dar cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción, por el cual se realiza un seguimiento al estado de la gestión de las PQRSF radicadas durante el segundo semestre de la vigencia 2018.

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DEL INFORME:

Coordinador de la oficina SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario) – **MARISELA ARÉVALO ARÉVALO – Profesional especializada**

MARCO NORMATIVO:

- Ley 87 de 1993
- Ley 100 de 1993
- Ley 190 de 1995
- Ley 734 de 2002
- Ley 850 de 2003
- Ley 962 de 2005
- Ley 1437 de 2011
- Ley 1474 de 2011
- Ley 1715 de 2015
- Decreto 2641 de 2012
- Decreto 19 de 2012
- Decreto 1757 de 1994
- Directiva presidencial No 05 de 1995
- Circular externa 009 de 1996
- Circular Externa 008 2018 Supersalud- 1.3. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD).

MARCO CONCEPTUAL:

- ✓ Petición: Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.
- ✓ Queja: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.
- ✓ Reclamo: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.
- ✓ PQR con Riesgo de Vida: Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.
- ✓ Sugerencia: Es una propuesta, manifestación, insinuación o consejo de una idea que formula un usuario o institución para el mejoramiento de los servicios y cumplimiento de los objetivos que guardan relación con la misión del Hospital.
- ✓ Denuncia: es la acción y efecto de denunciar (avisar, noticiar, declarar la irregularidad o ilegalidad de algo, delatar). La denuncia puede realizarse ante las autoridades correspondientes (lo que implica la puesta en marcha de un mecanismo judicial) o de forma pública (sólo con valor testimonial).

CLASIFICACIÓN DE LAS QUEJAS:

Para alinear los objetivos de los procesos en torno a la evaluación y tipificación de las quejas que son recibidas, tabuladas y consolidadas en nuestra ESE, se ha tomado como marco normativo la cartilla guías de capacitación y consulta RE-CREAR del programa de mejoramiento de los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado, dentro del marco del sistema de seguridad social en salud y la Dirección General, para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud (2000), cuya propiedad intelectual del Ministerio de Salud.

Así mismo las definiciones han sido relacionadas con la aplicación de presuntos hechos y acciones históricas que han generado PQRSD al interior de nuestra institución, desarrollado en conjunto con miembros e invitados al Comité de Ética Hospitalaria.
Los siguientes ejes clasificatorios y tipificatorios están determinados en dicha referencia:

1. Por la causa generadora:

a. Aseguramiento: las quejas relacionadas con el aseguramiento de la población a los diferentes regímenes.
b. Administrativas: quejas en relación con los recursos disponibles del sistema general de seguridad social en salud, red de servicios, recursos financieros, cumplimiento de los planes de beneficios.
c. Prestación de servicios: Quejas relacionadas con la Prestación de los servicios de atención clínica, administrativa y/o Social en salud.

2. Por el Agente generador:

2.1. Recurso humano

a. Inasistencia del personal: presuntas situaciones donde los colaboradores no asisten a su jornada asignada previamente en cumplimiento de la atención a pacientes y/o usuarios.

b. Maltrato verbal y/o físico entre usuarios internos: presunto maltrato verbal y/o físico entre colaboradores

c. Maltrato verbal y/o físico entre usuarios externos: presunto maltrato verbal y/o físico entre pacientes, usuarios, familiares de pacientes y/o usuarios

d. Maltrato verbal y/o físico de usuario interno a externo: presunto maltrato verbal y/o físico de colaborador hacia pacientes, usuarios, familiares de pacientes y/o usuarios.

e. Maltrato verbal y/o físico de usuario externo a interno: presunto maltrato verbal y/o físico de pacientes, usuarios, familiares de pacientes y/o usuarios hacia colaboradores.

f. Fallas en la humanización de la atención: presuntas acciones que limiten la experiencia hospitalaria acogedora en condiciones de igualdad, dignidad, privacidad y respeto, sin que se evidencien maltratos verbales ni físicos.

g. Conflictos internos: presuntas situaciones que relacionen falencias en comunicación asertiva entre colaboradores, sin llegar a maltrato verbal o físico.

h. Fallas en la privacidad y confidencialidad del diagnóstico y manejo clínico: presunta violación al derecho de las personas para evitar que terceros tengan conocimiento de sus datos clínicos, revelados o utilizados sin su autorización expresa, sea por ineficacia o por dolor.

i. Falencia en la Idoneidad profesional: presunta inadecuación, no apropiación o inconvenientes para desempeñar determinados cargos o funciones dentro de la organización.

j. Insuficiencia del recurso humano: presunta falta de planeación de personal para brindar una atención sanitaria adecuada, que impide garantizar una atención de calidad.

2.2. Procesos y procedimientos técnico administrativos y/o técnico científicos

a. Cancelación de cirugías: presunta suspensión de una cirugía que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos.

b. Horarios de visita insuficientes: presuntos desacuerdos para con los Lineamientos y Políticas Institucionales sobre los horarios dispuestos para visitantes.

c. Inconformidad sobre la política de ingreso de acompañantes: presuntos desacuerdos para con los lineamientos y políticas institucionales sobre el control del ingreso y salida de familiares acompañantes, así como su estancia-permanencia y egreso de los mismos.

d. Falencias en la Información entregada durante la atención: presuntos inconvenientes y/o dificultades en el proceso de atención asistencial y/o administrativo que impactan negativamente en la atención de pacientes /usuarios, debido a la debilidad en la entrega de información actualizada, pertinente, veraz y/o completa en cada etapa del modelo de atención.

e. Falencias en la continuidad durante la atención: presuntos inconvenientes y/o dificultades en el proceso de atención asistencial y/o administrativo que impactan negativamente en la atención de pacientes /usuarios ,sea por lanecesidad de unificar varias afecciones médicas especificadas, o necesitan tratamiento continuo durante un tiempo determinado y/o están recibiendo

servicios de médicos, hospitales, instalaciones u otros proveedores de atención médica que incluyan a la red de su plan de salud.

f. Inoportunidad en la atención: presuntos inconvenientes y/o dificultades en el proceso de atención en pacientes /usuarios que impactan en los tiempos de atención para lograr la satisfacción general de los usuarios que utilizan el servicio, incluso tener en cuenta las necesidades de sus familias ofreciendo una información clara y oportuna de los procesos y una constante educación sobre los diferentes procedimientos.

g. Falencias en la integralidad técnico administrativa y/o técnico científica: presuntos inconvenientes y/o dificultades en el proceso de atención en pacientes /usuarios por los cuales no se logren reunir todos los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

h. Falencias en la Racionalidad técnico administrativa y/o técnico científica: presuntos inconvenientes y/o dificultades en el proceso de atención en pacientes /usuarios por los cuales no se logren reunir la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

2.3. Infraestructura física

a. Falla en privacidad (locaciones): presuntas falencias en la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias.

El paciente, consiente de forma tácita ser explorado y observado, pero esto no supone que renuncie por ello a su intimidad. También se debe cuidar este aspecto desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada y autonomía.

b. Pérdida o hurto: presuntos hechos que implican el apoderarse de un bien ajeno, bajo violencia, amenaza o fuerza para conseguir ese propósito, o en las que la fuerza no tiene que ir dirigida al individuo necesariamente.

c. Servicios básicos insatisfechos: presuntos hechos en que las coberturas en servicios de agua potable, drenaje sanitario y energía eléctrica se vean disminuidas o eliminadas afectando las enfermedades y/o la calidad de vida Intrahospitalaria.

d. Incomodidad: la incomodidad alude a la carencia de comodidad, o sea a estar en una situación que genera displacer y molestias, y las causas pueden ser varias. Puede generarse la incomodidad por generar trastornos físicos, por ejemplo estar sentado en una silla anatómicamente mal diseñado que hace que nos duela la espalda, o por dormir en un colchón muy duro o demasiado blando, habitaciones muy pequeñas, etcétera.

e. Falencias en la Presentación: inadecuada presentación personal de los colaboradores, por no conservar las buenas maneras o saber qué ayuden a resolver de la forma más apropiada y más expedita posible cualquier problema o inconveniente que se les pueda presentar.

f. Falencias en el servicio de Aseo.: problemáticas socio-ambientales presentes en la recolección de residuos sólidos, hecha por los recuperadores que hacen parte del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos

g. Ambiental: problemáticas socio-ambientales presentes en la aplicación del Plan de Gestión Integral de Residuos.

2.4. Dotación y suministros:

a. Fallas en la Calidad de la Dotación y suministros: Presuntas fallas en la selección y almacenamiento de las dotaciones y suministros de manera que impacten negativamente en el servicio al cliente.

b. Insuficiencia de Dotación y suministros: Presuntas fallas en la transportación programación de órdenes y/o control de inventarios de las dotaciones y suministros de manera que impacten negativamente en el servicio al cliente.

c. Inoportunidad de Dotación y suministros: Presuntas fallas en el procesamiento de órdenes y/o control de inventarios de las dotaciones y suministros de manera que impacten negativamente en el servicio al cliente.

d. Falencias en la Racionalidad técnico científica de Dotación y suministros: Presuntas fallas por la no aplicación de criterios científicos para el manejo de órdenes y/o control de inventarios de las dotaciones y suministros de manera que impacten negativamente en el servicio al cliente

e. Seguridad industrial: falencias en la gestión de acceso utilización y disposición frente a la indumentaria como cascos industriales, botas o guantes, hasta herramientas específicas que reduzcan el riesgo de sufrir un accidente laboral.

f. Salud ocupacional: Aquellas problemáticas que impacten en enfermedades, cualquier tipo de accidentes y todos los factores que puedan llegar a poner en peligro la vida, la salud o la seguridad de las personas en sus respectivos puestos dentro del Hospital.

3. Por el impacto que tiene sobre la salud y la vida del usuario:

3.1. Leves: las quejas administrativas y/o asistenciales que no tienen efecto sobre los aspectos clínicos del usuario.

3.2. Moderas: las que tienen implicaciones en el aspecto clínico del usuario pero no son urgentes ni críticas.

3.3. Graves: las que tienen un alto impacto sobre los aspectos clínicos del usuario.

4. Por el impacto que tiene la queja en la gestión de la empresa:

4.1. Leves: que no tienen impacto en la dinámica de la empresa.

4.2. Moderadas: aquella que afectan el curso normal de la institución pero no tienen un impacto perdurable, ni afectan gravemente los recursos ni la gestión.

4.3. Graves: tienen efecto de hecho o potenciales, graves sobre el funcionamiento general de la empresa.

Causa de ocurrencia de los hechos según el tipo de personal involucrado

La presente clasificación, permite evidenciar que tipo de personal se ve involucrado, directa o indirectamente, frente a una posible interacción negativa que genere una PQRD.

PERSONAL INVOLUCRADO	
ENFERMERIA	Acciones o Hechos donde actúan enfermero(a)s Profesionales y/o auxiliares, en cualquier área o servicio
INTERACCION DE PERSONAL ASISTENCIAL (varios perfiles)	Acciones o Hechos donde interactúen dos (2) o más colaboradores con funciones DIFERENTES en el mismo proceso y en un mismo servicio de atención.
MEDICOS	Acciones o Hechos donde actúan Médicos generales o Especialistas en cualquier área o servicio
INFORMADORES	Acciones o Hechos donde actúan informadores SIAU en cualquier área o servicio
COORDINADORES (interacción personal asistencial y administrativo)	Acciones o Hechos donde actúan varios perfiles asistenciales en cualquier área y por su gravedad, son remitidos al Coordinador del servicio
FACTURADORES	Acciones o Hechos donde actúan facturadores en cualquier áreao servicio
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS/SERVICIOS GENERALES	Acciones o Hechos donde interactúen dos (2) o más colaboradores con funciones DIFERENTES en el mismo proceso y en un mismo servicio de atención.
INTERACCION DE PERSONAL ADMINISTRATIVO (varios perfiles)	Acciones o Hechos donde interactúen colaboradores con funciones de apoyo administrativo (auxiliares administrativos, facturadores) en un (1) mismo servicio de atención.
VIGILANTE	Acciones o Hechos donde actúan Vigilantes tercerizados al servicio de la institución
AUXILIARES ASISTENCIALES DE APOYO (NO enfermeros)	Acciones o Hechos donde actúan Colaboradores asistenciales No enfermeros (apoyos diagnóstico, terapéuticos, trabajo social, camilleros, etc.)
CAMILLERO	Acciones o Hechos donde actúan Camilleros en cualquier área o servicio
USUARIOS EXTERNOS AGRESORES	Acciones o Hechos donde actúan Pacientes, usuarios, familiares o redes de apoyo
ESTUDIANTES	Acciones o Hechos donde actúan Profesionales en Formación
NUTRICION	Acciones o Hechos donde actúa personal de nutrición en cualquier área o servicio

LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE PQRDSF

Recepción de las PQRS

1. Todas las quejas presentadas por los usuarios a través de los diferentes medios dispuestos por el hospital (atención personalizada, por escrito, teléfono, página Web y código QR), deberán ingresarse al CEGDOC.

2. Todas las quejas deberán ser tratadas de forma equitativa, objetiva e imparcial garantizando la confidencialidad de la información personal del quejoso.

3. En caso de que la queja no sea competencia del Hospital, SIAU remitirá a la entidad competente dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción de ésta, con una comunicación, adjuntando el original de la queja, y comunicando al quejoso las razones del traslado a la otra entidad, remitiéndole copia de la comunicación con la cual se dio traslado.

Apertura de buzones

- La Oficina de atención al Usuario, mantiene dispuesto un cronograma de apertura de los buzones de sugerencias y felicitaciones, una vez a la semana (todos los martes).

- En compañía del delegado de la Asociación de Usuarios, el Coordinador de La Oficina de Atención al Usuario o a quien se delegue, y un (1) colaborador de control interno de Gestión CIG, se desplazará para la apertura de los buzones de sugerencias y felicitaciones, registrando la información en el formato de acta correspondiente.

- Se realiza el conteo de todas las PQRSDF en presencia del Representante de la Asociación de Usuarios designado para el acompañamiento. Al terminar la verificación de todos los buzones, se debe diligenciar el formato del Acta de apertura de buzones aprobado mediante Comité de Gestión y Desarrollo con código N° IC-FO-006, firmado por todos los que intervinieron en la actividad y luego de ello, el Auxiliar Administrativo de la oficina SIAU, debe hacer la entrega de todas las PQRSDF en la ventanilla de Gestión Documental, para que de esta forma ellos realicen el respectivo trámite de asignación de radicado y subirlo al Software SIEP PQR.

- El Hospital se encuentra dotado de veinte (21) buzones de sugerencias y felicitaciones en cada servicio para facilitar al usuario el acceso a estos.

A continuación la lista de 21 buzones de sugerencias y felicitaciones dispuestos:

Ubicación	Punto de referencia	Piso
Entrada principal	Frente a conmutador	Piso 1
Entrada principal	Portón de ingreso	Piso 1
Consulta externa	Frente al punto de información	Piso 1
Urgencias adulto	Diagonal a pequeña	Piso 1
Urgencias adulto	Sala de espera	Piso 1
Urgencias pediatría	Sala de espera	Piso 1
Radioterapia	Sala de espera	Piso 1
Banco de sangre	Sala de espera	Piso 1
Pasillo de ascensores	Frente a los ascensores	Piso 1
Sala de espera cirugía	Al lado de las escaleras	Piso 2
Neonatología	Sobre el pasillo de entrada al área	Piso 2
Pediatría	Frente a los ascensores	Piso 3
Pediatría	Frente a los ascensores	Piso 4
Gineco obstetricia	Frente a los ascensores	Piso 5
Neurocirugía	Frente a los ascensores	Piso 6
Medicina interna	Frente a los ascensores	Piso 7
Cirugía general	Frente a los ascensores	Piso 8
Especialidades Qx	Frente a los ascensores	Piso 9
Toda especialidad	Frente a los ascensores	Piso 10
Medicina interna	Frente a los ascensores	Piso 11
Epidemiología	Frente a los ascensores	Piso 12

PQRSDF Vía telefónica:

- Las PQRSDF que ingresen vía telefónica deberán ser registradas por el personal de conmutador, o por cualquier colaborador (si la llamada se recibe por traslado a un servicio en específico), quien enviará un correo informativo del evento a gestión.documental@herasmomeoz.gov.co donde se asignará un número único y consecutivo, para que sea reportado al SIEP PQR y de esa forma la oficina SIAU remitirla al Coordinador o Líder del área involucrada.

- Así mismo, toda solicitud recibida por los medios, tecnológicos o electrónicos disponibles que permitan la recepción de las peticiones verbales en los términos y condiciones establecidas, aun por fuera de las horas de atención al público, deben cumplir el mencionado proceso.

- Actualmente el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), se encuentra implementado una estrategia para realizar cualquier tipo de PQRSDF, mediante un código QR y así facilitar los canales de comunicación para aquellos que por situación de discapacidad no tienen fácil acceso a los buzones de sugerencia

Formulación verbal

- Las quejas formuladas verbalmente y que por diferentes motivos no puedan ser resueltas inmediatamente a los usuarios, deberán enviarse en forma escrita a la dirección electrónica o de residencia identificada por el usuario, en un periodo no mayor al establecido por ley (8 días hábiles). Toda solicitud será respondida dentro de los términos, sin embargo, su gestión interna para el mejoramiento continuo debe iniciar con su respectiva acción correctiva y/o preventiva por parte del coordinador, replicando las mismas a SIAU para que se les realice el seguimiento y apoyo.

- Todas las peticiones verbales deberán centralizarse a través de CEGDOC; la recepción de las peticiones que se les formulen verbalmente en forma presencial o no presencial deberá ser atendida por cualquier colaborador de la institución. La constancia de la recepción de petición verbal deberá diligenciarse en nuestros formatos de Peticiones, Quejas, Reclamos y

Denuncias, de código N° IC-FO-008 , radicarse de inmediato y deberá contener, como mínimo, los siguientes datos:

1. Número de radicado o consecutivo asignado a la petición.
2. Fecha y hora de recibido.
3. Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante y/o apoderado, si es el caso, con indicación de los documentos de identidad y de la dirección física o electrónica donde se recibirá correspondencia y se harán las notificaciones. Si el peticionario es una persona privada que deba estar inscrita en el registro mercantil, estará obligada a indicar su dirección electrónica.
4. El objeto de la petición.
5. Las razones en las que fundamenta la petición.
6. La relación de los documentos que se anexan para iniciar la petición.
7. Identificación del funcionario responsable de la recepción y radicación de la petición.
8. Constancia explícita de que la petición se formuló de manera verbal.

PQRD anónimas

Se deberá dar respuesta sobre el caso y se publicará en cartelera virtual con el asunto: “a quien pueda interesar”, sin entrar en un desgaste administrativo del caso. Las solicitudes con carácter Anónimo, deberán ser gestionadas en su respuestas, sin entrar en desgaste administrativo de la misma pero procediendo a la respectiva proyección y publicación en página WEB www.herasmomeoz.gov.co

PQRD Incompletas

Cuando una petición ya radicada está incompleta o que el peticionario deba realizar una gestión de trámite a su cargo, necesaria para adoptar una decisión de fondo y que la actuación pueda continuar sin oponerse a la ley, requerirá al peticionario dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos o informes requeridos, se reactivará el término para resolver la petición.

Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud o de la actuación cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. Vencidos los términos establecidos, sin que el peticionario haya cumplido el requerimiento, la E.S.E decretará el desistimiento y el archivo del mismo, contra el cual únicamente

procede recurso de reposición, sin perjuicio de que la respectiva solicitud pueda ser nuevamente presentada con el lleno de los requisitos legales.

Direccionamiento y reasignación de las PQRSDF

El direccionamiento de la responsabilidad en el análisis de la PQRSD se realiza según los tipos de escenario, y se procede de la siguiente manera:

a. Si ocurre el hecho relacionado con atención clínica en salud en el servicio asistencial, pero el presunto accionante es un interconsultante o profesional de apoyo asistencial, se envía un correo invitando al líder jerárquico del funcionario o agremiado implicado en la presunta falencia, para revisar el tema sobre lo ocurrido, con el personal involucrado y así realizar los descargos. La firma de la respuesta será de la subgerencia de salud

b. Si el hecho es relacionado con atención clínica en salud ocurre en el servicio asistencial, pero hay varios presuntos accionantes de diferentes especialidades (interconsultante) dentro del mismo (acción generalizada de mala atención), envía un correo citando al Coordinador del servicio donde ocurrieron los hechos y la firma final será de la subgerencia de salud

c. Si ocurre el hecho relacionado con atención administrativa, se envía un correo invitando al coordinador del servicio donde ocurrieron los hechos, a revisar el tema con el funcionario involucrado, a fin de realizar los correspondientes descargos, allegarlos por el mismo medio (correo institucional) y la firma final será de la subgerencia administrativa

d. Si el hecho es relacionado con atención administrativa, independiente del lugar de ocurrencia de los hechos, pero incluyente a conflictos internos independientes de la misión institucional (Mantenimiento, facturación, auditoria, según sea el caso) se remitirá al responsable de la disciplina correspondiente, y la firma final será de la subgerencia administrativa

e. Si el hecho no tiene relación directa con la atención, incluyente a conflictos internos independientes de la misión institucional, se remitirá a Control interno Disciplinario y la firma final será del Líder de Gestión y Desarrollo del Talento Humano determina responder por comunicación interna o circular, este acto deberá de ser informado a SIAU para coordinar el cierre de la necesidad de respuesta al hecho acontecido

Nota: En todos los casos donde la queja tenga connotaciones graves, se las deberá enviar a la Oficina de Control Interno Disciplinario cuando la queja haga referencia a trabajador Oficial, Planta o Provisional, para que, previa valoración y análisis se inicien las acciones pertinentes de acuerdo de acuerdo a la norma.

En caso que sea tercero agremiado participe debe remitirse a la agremiación directamente y si es contratista al respectivo supervisor del contrato, para que se aplique las medidas preventivas o correctivas si es necesario.

Seguimiento a la Oportunidad en la Respuesta Inicial o Parcial:

- Las peticiones quejas reclamos y denuncias tendrán tiempos de respuesta en el número de días estipulado por la ley. El Usuario deberá recibir en todos los casos, respuesta a su queja en un plazo no mayor a lo contemplado en la Constitución política y las normas legales vigentes. Si no es posible solucionar el requerimiento del usuario en este tiempo, se le comunicará indicándole la fecha en que se dará respuesta definitiva.
- Como medida preventiva al incumplimiento en la oportunidad de respuesta parcial, la oficina SIAU realiza una primera respuesta parcial informando al solicitante de la recepción e inicio de trámites pertinentes.
- Como medida preventiva y/o correctiva, la oficina de control interno DE GESTION audita el procedimiento de PQRSDF para que se realice y que conforme a la norma, rendirá a la administración de la entidad un informe Semestral sobre el particular.

Semaforización tiempos de Oportunidad en respuesta

OPORTUNA	**(menor a 21 días calendario)**
INOPORTUNA	**(entre 22 y 30 días calendario)**
INOPORTUNA	**(entre 31 y 60 días)**
SIN RESPUESTA	

Seguimiento a la Oportunidad en la Respuesta complementaria

- SIAU informará a los responsables de análisis interdisciplinares, así como los informantes coadyuvantes, a través de la reasignación vía SIEPDOC y por correo institucional, con fecha de envío a la citación no superior al día siguiente hábil a la recepción de la comunicación.
- Los responsables de generar las proyecciones de respuesta complementarias, así como los informantes coadyuvantes, analizaran TRAS LA REALIZACION DE LA REUNION y posterior a ello realizarán la redacción de una respuesta parcial o definitiva, y se enviará vía SIEPDOC a SIAU en los tres (3) días siguientes a la reunión y, utilizando el software institucional SIEPDOC.

- Como medida preventiva y/o correctiva, la oficina de control interno DE GESTION audita el procedimiento de PQRSDF para que se realice y que conforme a la norma, rendirá a la administración de la entidad un informe Semestral sobre el particular.
- A la oficina de control interno disciplinario, se remitirán las inoportunidades en la respuesta complementaria por parte del servidor público, en caso que sea tercero agremiado participe debe remitirse a la agremiación directamente y si es contratista al respectivo supervisor del contrato, para que se aplique las medidas preventivas o correctivas si es necesario.
- El equipo SIAU designado por el coordinador, monitorea las respuestas complementarias, las quejas trasladadas y elaborarse un informe mensual de PQRS sin gestión o respuesta al requerimiento del usuario, destinado a Control Interno de Gestión, para acciones de monitorización a los limitantes encontrados.

La actividad de seguimiento a la oportunidad y eficiencia a las respuestas complementarias (si se requiere de la misma), se realiza a través de:

a. Se generará una alerta por correo electrónico, cumplidos los diez (10) días hábiles posteriores a la notificación para realizar descargos a los deudores de respuestas complementarias por parte de la coordinación. A la oficina de control interno DISCIPLINARIO se remitirán las inoportunidades en la respuesta por parte del servidor público, o en su defecto al supervisor del contrato, sea prestación de servicio o sindical, como medida preventiva y/o correctiva.

b. Desde la coordinación SIAU se realiza seguimiento a las quejas en cuanto a la gestión y oportunidad a las respuestas complementarias, recordando a los responsables de las proyecciones los tiempos de norma y socializando a los responsables las respuestas que requieren de un segundo momento para aclarar lo solicitado o manifestado por parte del usuario y/o reportando a quien corresponda los incumplimientos presentados.

c. Reuniones trimestrales de seguimiento

- El Responsable deberá dar trámite a la proyección de la respuesta complementaria desde su mismo usuario, dejando la trazabilidad electrónica de la respuesta.

Seguimiento a la Idoneidad en la Respuesta Complementaria

- Es responsabilidad de las dependencias de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz dar respuesta oportuna y de calidad a las quejas formuladas por los usuarios dentro de los plazos establecidos. Todas las solicitudes serán direccionadas al SIEPDOC - jefe; en ningún momento al auxiliar.

- Una vez recibida la proyección de la respuesta completa a la necesidad de su información se realizara de inmediato la validación al profesional de apoyo jurídico asignado para dicha actividad, y finalmente remitirlo para el visto bueno final de la subgerencia de salud o administrativa, según corresponda.
- Con el apoyo y aval del Profesional de apoyo a la subgerencia de salud, se dará revisión de la respuesta a solicitudes realizando filtro legal a la misma.
- Todas las respuestas deberán ser incluidas con nota al pie de página, cumpliendo lo exigido por la estrategia del plan anticorrupción: “Cualquier información adicional, gustosamente le estaremos colaborando”

Conmutador realiza seguimiento telefónico a la Calidad de la respuesta a través de una encuesta aplicada al 100% de las respuestas enviadas Ver: PROTOCOLO DE ATENCIÓN TELEFONICA Y CHAT EN LINEA Código N° IC-PT-002

Los ítems a evaluar son:

- PQRD RADICADO No.

- Fecha PQRD

- Fecha llamada

-¿Contestan al Llamado?

-¿Quien responde al llamado?

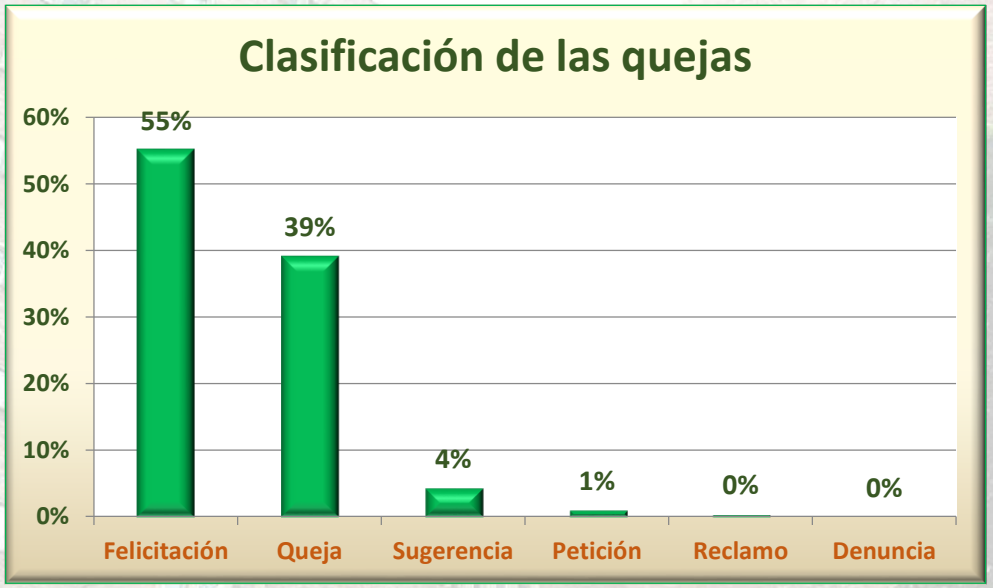
- Entregar soportes semanales de esta actividad en un correo con la especificidad de cada radicado.

- Las felicitaciones se informará al coordinador del área.

- Las sugerencias no tendrán obligatoriedad en la respuesta, pero si deberá ser tenido en cuenta durante la gestión de análisis pertinente.

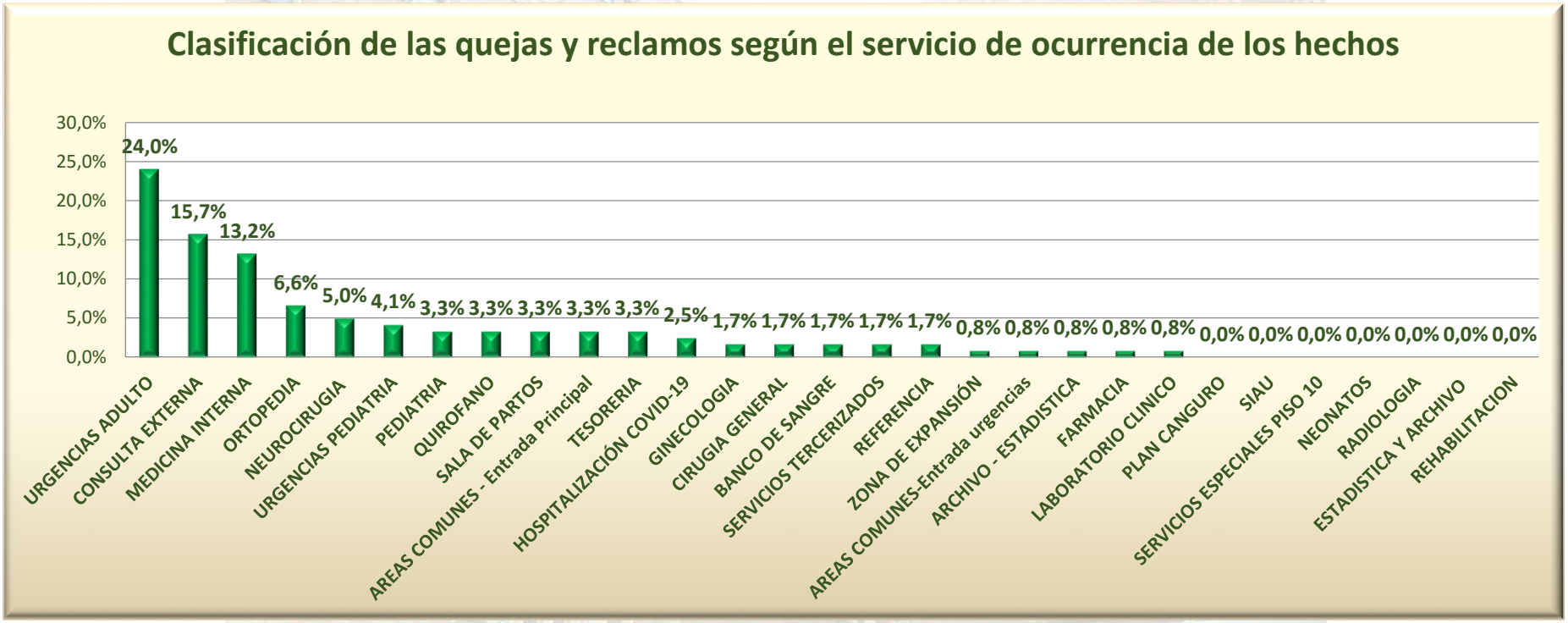
INFORME ESTADISTICO ENERO A JUNIO 2021

1. **Clasificación de las solicitudes según el tipo documental:**



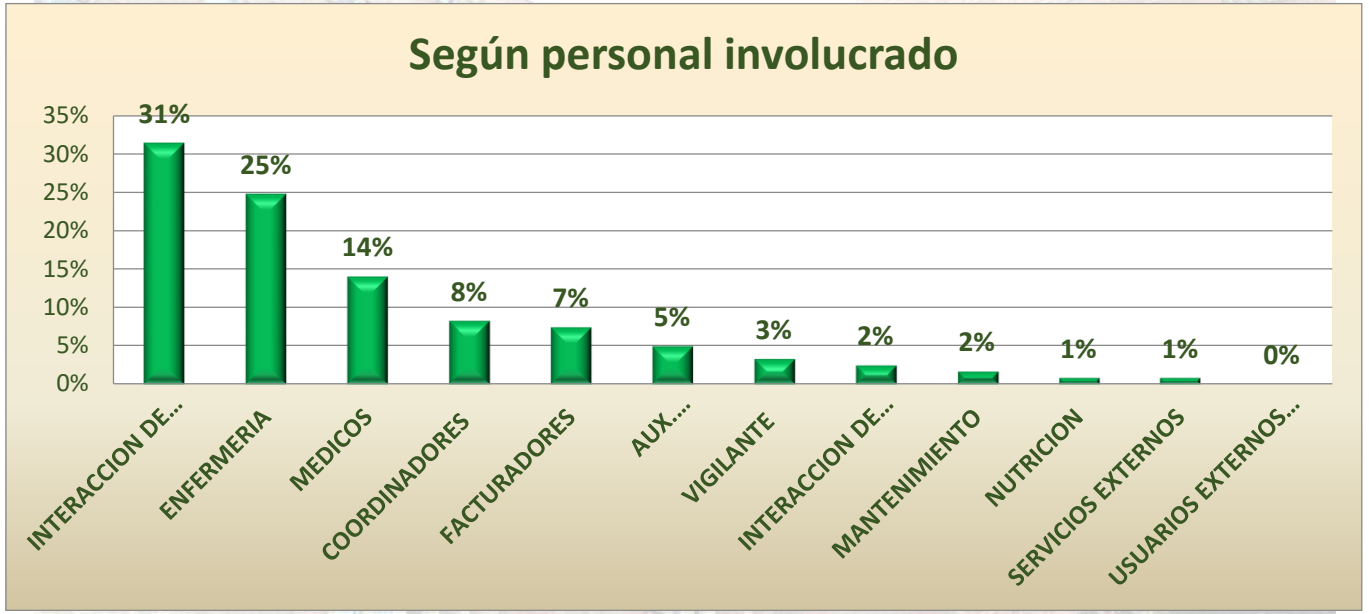
TIPO DOCUMENTAL	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL 2021	% TOTAL
Felicitación	13	72%	6	30%	9	26%	14	29%	68	67%	55	71%	**165**	**55%**
Queja	4	22%	14	70%	20	59%	31	65%	29	28%	19	25%	**117**	**39%**
Sugerencia	1	6%	0	0%	5	15%	1	2%	4	4%	2	3%	**13**	**4%**
Petición	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	1	1%	0	0%	**3**	**1%**
Reclamo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	**1**	**0%**
Denuncia	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	**0**	**0%**
TOTAL	**18**	**100%**	**20**	**100%**	**34**	**100%**	**48**	**100%**	**102**	**100%**	**77**	**100%**	**299**	**100%**

2. **Clasificación de las quejas y reclamos según el servicio de ocurrencia de los hechos**



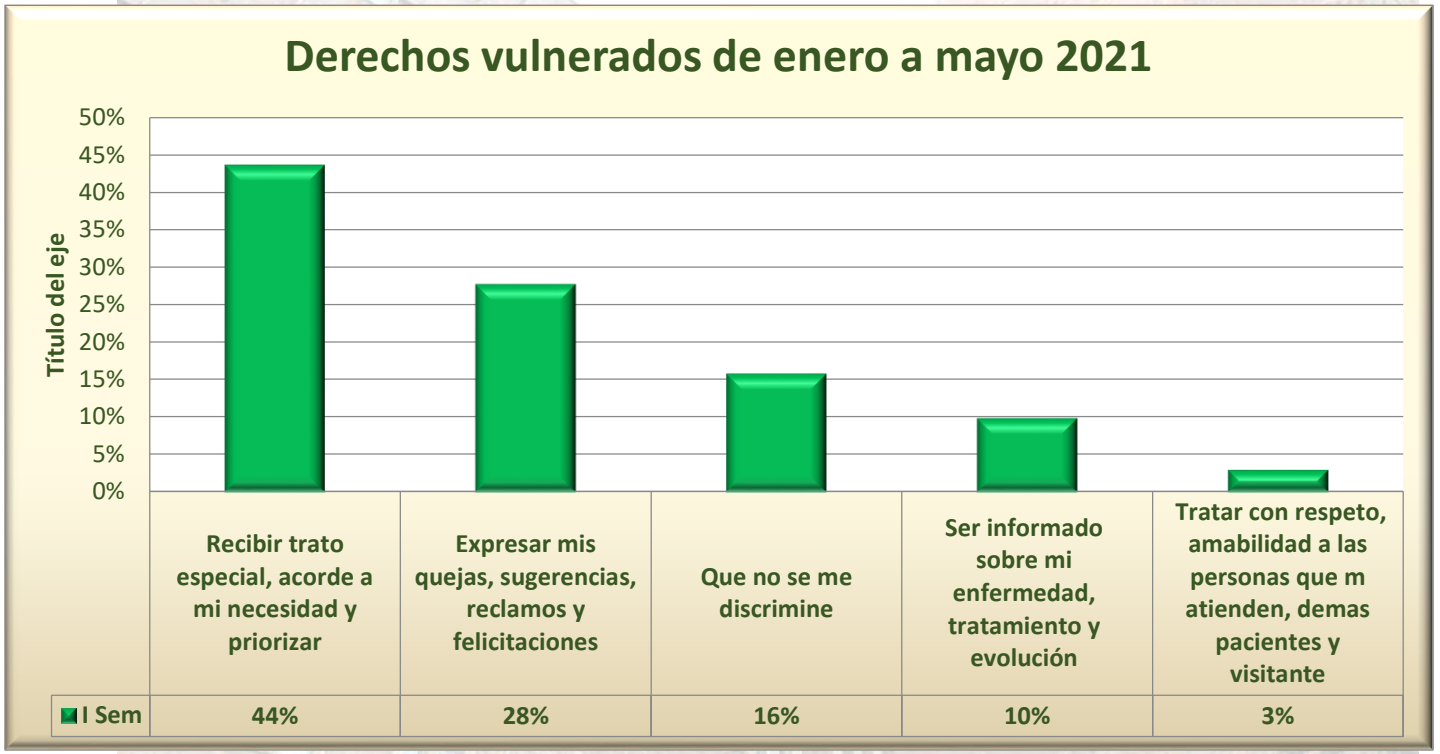
AREA DE OCURRENCIA QUEJAS Y RECLAMOS	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL 2021	% TOTAL
URGENCIAS ADULTO	1	25%	3	21%	6	30%	10	30%	6	20%	3	15%	29	24,0%
CONSULTA EXTERNA	0	0%	2	14%	3	15%	4	12%	6	20%	4	20%	19	15,7%
MEDICINA INTERNA	0	0%	3	21%	3	15%	3	9%	3	10%	4	20%	16	13,2%
ORTOPEDIA	0	0%	1	7%	1	5%	1	3%	4	13%	1	5%	8	6,6%
NEUROCIRUGIA	0	0%	0	0%	1	5%	1	3%	2	7%	2	10%	6	5,0%
URGENCIAS PEDIATRIA	0	0%	0	0%	0	0%	3	9%	1	3%	1	5%	5	4,1%
PEDIATRIA	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	3	10%	0	0%	4	3,3%
QUIROFANO	1	25%	1	7%	1	5%	0	0%	1	3%	0	0%	4	3,3%
SALA DE PARTOS	0	0%	0	0%	0	0%	3	9%	1	3%	0	0%	4	3,3%
AREAS COMUNES - Entrada Principal	0	0%	3	21%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	4	3,3%
TESORERIA	0	0%	0	0%	3	15%	1	3%	0	0%	0	0%	4	3,3%
HOSPITALIZACIÓN COVID-19	1	25%	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%	0	0%	3	2,5%
GINECOLOGIA	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	1,7%
CIRUGIA GENERAL	0	0%	1	7%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,7%
BANCO DE SANGRE	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	10%	2	1,7%
SERVICIOS TERCERIZADOS	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	2	1,7%
REFERENCIA	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	1	5%	2	1,7%
ZONA DE EXPANSIÓN	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%
AREAS COMUNES-Entrada urgencias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	1	0,8%
ARCHIVO - ESTADISTICA	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,8%
FARMACIA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	1	0,8%
LABORATORIO CLINICO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	1	0,8%
PLAN CANGURO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
SIAU	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
SERVICIOS ESPECIALES PISO 10	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
NEONATOS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
RADIOLOGIA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
ESTADISTICA Y ARCHIVO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
REHABILITACION	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
VACUNACION	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
CIRUGIA PLASTICA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
TOTAL	**4**	**100%**	**14**	**100%**	**20**	**100%**	**33**	**100%**	**30**	**100%**	**20**	**100%**	**121**	**100%**

3. **Causas de la ocurrencia de los hechos que involucran quejas y reclamos, según el tipo de persona involucrada**



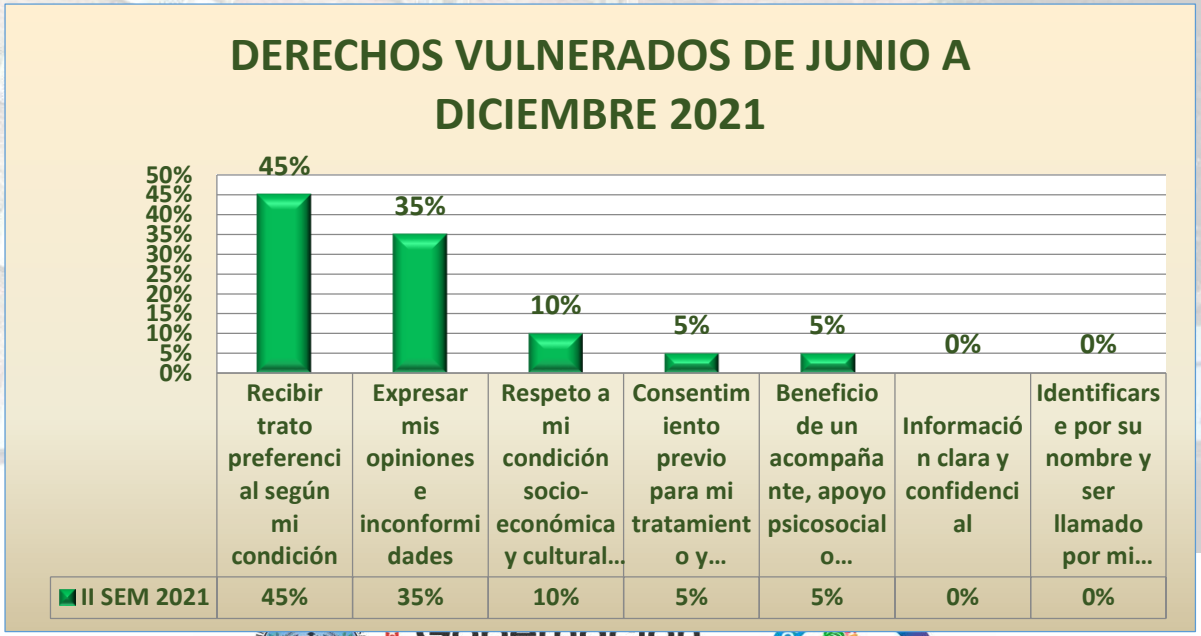
PERSONAL INVOLUCRADO	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL 2021	% TOTAL
INTERACCION DE PERSONAL ASISTENCIAL	2	50%	6	43%	3	15%	17	52%	6	20%	4	20%	**38**	**31%**
ENFERMERIA	0	0%	3	21%	6	30%	6	18%	7	23%	8	40%	**30**	**25%**
MEDICOS	2	50%	4	29%	5	25%	2	6%	4	13%	0	0%	**17**	**14%**
COORDINADORES	0	0%	0	0%	1	5%	1	3%	4	13%	4	20%	**10**	**8%**
FACTURADORES	0	0%	1	7%	3	15%	2	6%	1	3%	2	10%	**9**	**7%**
AUX. ADMINISTRATIVOS/SERVICIOS GENERALES	0	0%	0	0%	2	10%	2	6%	2	7%	0	0%	**6**	**5%**
VIGILANTE	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	10%	1	5%	**4**	**3%**
INTERACCION DE PERSONAL ADMINISTRATIVO	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%	0	0%	1	5%	**3**	**2%**
MANTENIMIENTO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	**2**	**2%**
NUTRICION	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	**1**	**1%**
SERVICIOS EXTERNOS	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	**1**	**1%**
USUARIOS EXTERNOS AGRESORES	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	**0**	**0%**
TOTAL	**4**	**100%**	**14**	**100%**	**20**	**100%**	**33**	**100%**	**30**	**100%**	**20**	**100%**	**121**	**100%**

4. Clasificación de las quejas y reclamos según el presunto derecho vulnerado



Derechos vulnerados	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	TOTAL 2021	TOTAL %
Recibir trato especial, acorde a mi necesidad y priorizar	0	0%	2	14%	9	45%	18	55%	15	50%	44	44%
Expresar mis quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones	2	50%	6	43%	5	25%	11	33%	4	13%	28	28%
Que no se me discrimine	1	25%	2	14%	5	25%	0	0%	8	27%	16	16%
Ser informado sobre mi enfermedad, tratamiento y evolución	0	0%	2	14%	1	5%	4	12%	3	10%	10	10%
Tratar con respeto, amabilidad a las personas que m atienden, demas pacientes y visitante	1	25%	2	14%		0%	0	0%	0	0%	3	3%
TOTAL	**4**	**100%**	**14**	**100%**	**20**	**100%**	**33**	**100%**	**30**	**100%**	**101**	100%

Nota: A partir del mes de Junio 2021 fueron ajustados y aprobados mediante Comité de Gestión y Desempeño los nuevos Derechos y Deberes de la E.S.E Hospital Erasmo Meoz, que fueron diseñados mediante una lluvia de ideas con diferentes funcionarios de otras áreas, teniendo como resultado un acróstico adjunto a continuación:



Derechos vulnerados	Junio	%	TOTAL 2021	% TOTAL
Recibir trato preferencial según mi condición	9	45%	**9**	**45%**
Expresar mis opiniones e inconformidades	7	35%	**7**	**35%**
Respeto a mi condición socio-económica y cultural e ideología entre otros	2	10%	**2**	**10%**
Consentimiento previo para mi tratamiento y	1	5%	**1**	**5%**
Beneficio de un acompañante, apoyo psicosocial o religioso si lo requiere	1	5%	**1**	**5%**
Información clara y confidencial	0	0%	**0**	**0%**
Identificarse por su nombre y ser llamado por mi nombre	0	0%	**0**	**0%**
TOTAL	**20**	**100%**	**20**	**100%**

E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ
Av. 11E No. 5AN-71 Guaimaral - Cúcuta
Norte de Santander - PBX: (57) 574-6888
www.herasmomeoz.gov.co

BICENTENARIO
Constitución de Villa del Rosario de Cúcuta
1821 - 2021
Norte de Santander, el lugar donde todo comenzó

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

DEBERES DE LOS USUARIOS

Debo presentar documentación real.

Amabilidad y respeto.

Reconocer las normas y reglamentos.

Y

DERECHOS DE LOS USUARIOS

Recibir trato preferencial según mi condición.

Expresar mis opiniones e inconformidades.

Consentimiento previo para tratamiento y estudio de investigación, así como solicitar segunda opinión médica.

Información clara y confidencial.

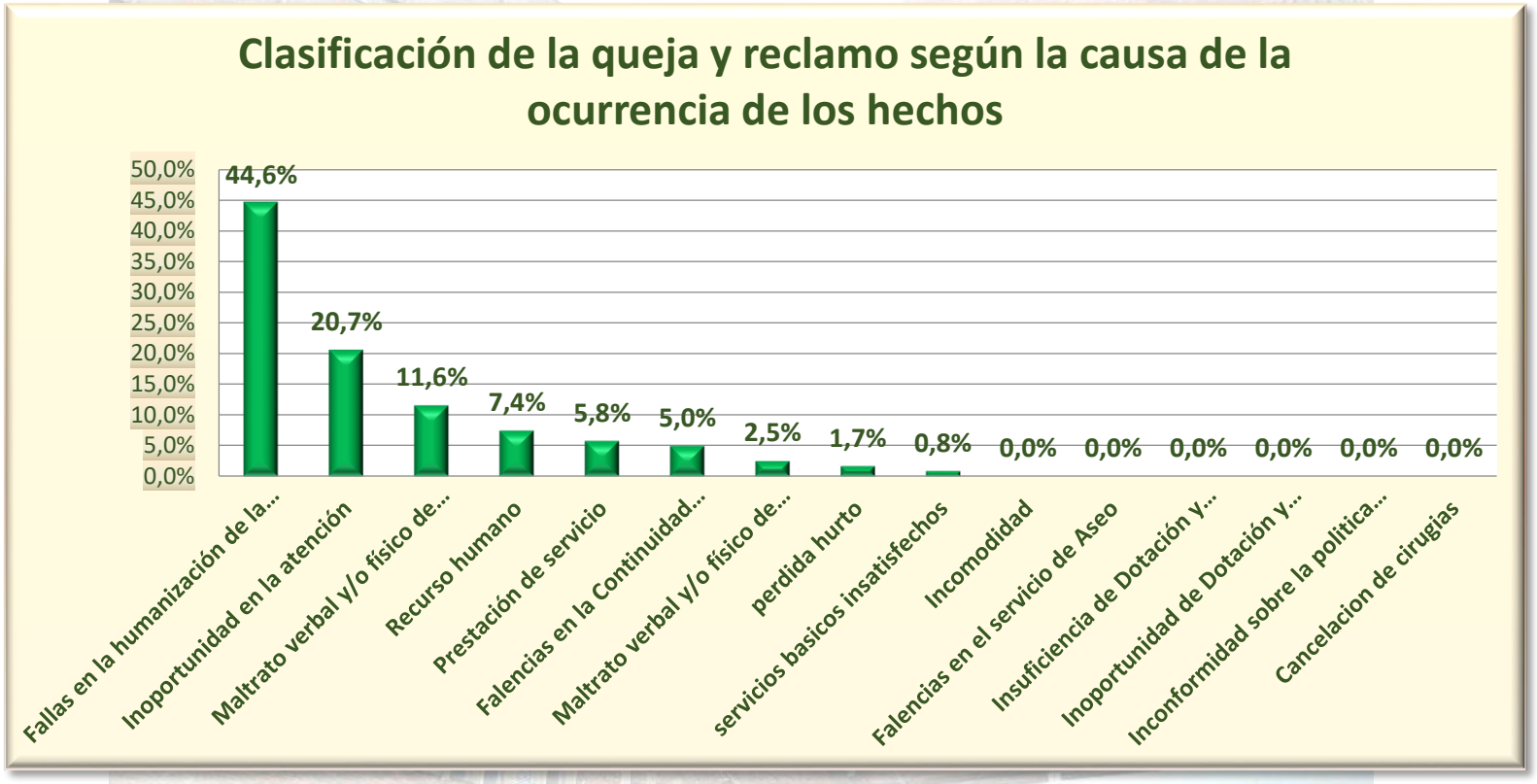
Beneficio de un acompañante, apoyo psicosocial o religioso si lo requiere.

Identificarse por su nombre y ser llamado por mi nombre.

Respeto a mi condición socio - económica, cultural e ideológica, entre otras.

"Cumpliendo nuestros deberes garantizamos tus derechos, E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, día a día más humano"
(SIAU)

5. **Clasificación de la queja y reclamo según la causa de la ocurrencia de los hechos**



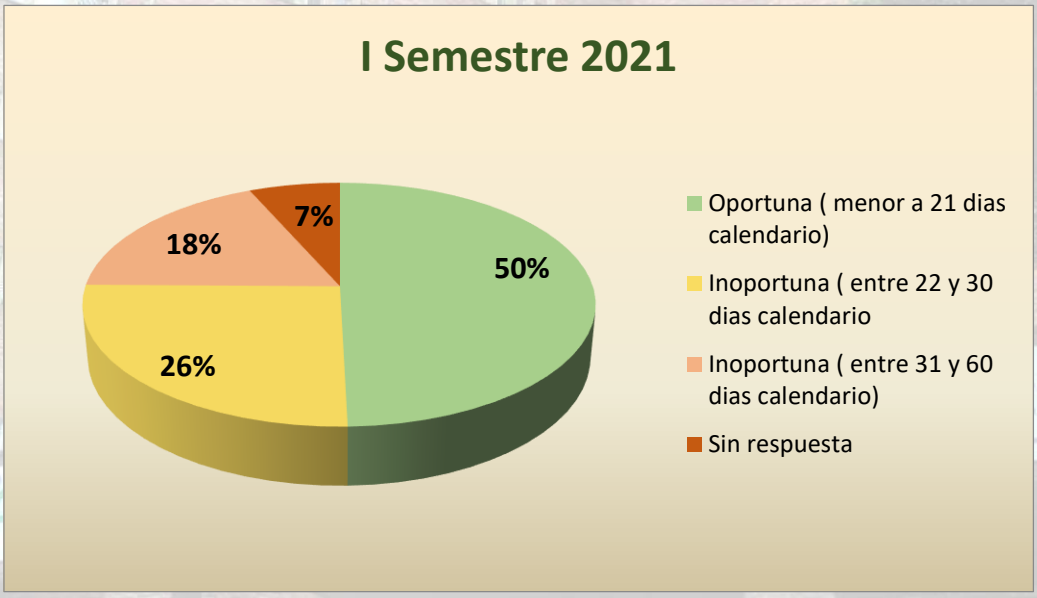
ORIGEN DE LA QUEJA O RECLAMO	Enero	%	Febrero	%	Marzo	%	Abril	%	Mayo	%	Junio	%	TOTAL 2021	% TOTAL
Fallas en la humanización de la atención	1	25%	5	36%	11	55%	13	39%	14	47%	10	50%	54	44,6%
Inoportunidad en la atención	0	0%	2	14%	5	25%	10	30%	4	13%	4	20%	25	20,7%
Maltrato verbal y/o físico de usuario interno a externo	1	25%	3	21%	1	5%	2	6%	4	13%	3	15%	14	11,6%
Recurso humano	0	0%	1	7%	1	5%	3	9%	3	10%	1	5%	9	7,4%
Prestación de servicio	1	25%	0	0%	0	0%	1	3%	5	17%	0	0%	7	5,8%
Falencias en la Continuidad durante la atención	0	0%	1	7%	2	10%	2	6%	0	0%	1	5%	6	5,0%
Maltrato verbal y/o físico de usuario externo a interno	0	0%	1	7%	0	0%	1	3%	0	0%	1	5%	3	2,5%
perdida hurto	1	25%	1	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1,7%
servicios basicos insatisfechos	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%	1	0,8%
Incomodidad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Falencias en el servicio de Aseo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Insuficiencia de Dotación y suministros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Inoportunidad de Dotación y suministros	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Inconformidad sobre la politica de ingreso de	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
Cancelacion de cirugias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0,0%
TOTAL	**4**	**100%**	**14**	**100%**	**20**	**100%**	**33**	**100%**	**30**	**100%**	**20**	**100%**	**121**	**100%**

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA

Desde la oficina del SIAU, se hace seguimiento al cumplimiento de los tiempos por parte de los servicios involucrados, quienes se encargan de realizar los correspondientes descargos a las situaciones presentadas, para así poder canalizar desde esta oficina la información y realizar las respuestas a nuestros usuarios.

Representado este análisis de la siguiente manera:

OPORTUNIDAD DE RESPUESTA	Total I PQRD semestre 2021	% Total
Oportuna (menor a 21 dias calendario)	60	50%
Inoportuna (entre 22 y 30 dias calendario	31	26%
Inoportuna (entre 31 y 60 dias calendario)	22	18%
Sin respuesta	8	7%
TOTAL	121	100%



RANKING

A partir del mes de Junio del año 2021, el Servicio de Información y Atención al Usuario- SIAU, con el fin de mejorar los tiempos de respuesta a las PQRD presentadas por nuestros usuarios y dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1755 de 2015; implementó un RANKING, el cual tiene como objetivo realizar una medición del tiempo promedio desde el momento en que el Lider o Coordinador del Área recibe la PQRD, hasta que se le asigna un N° de radicado de envío por CEGDOC.

En esteRANKING se le concede el primer lugar al Líder o Coordinador del Área que más tiempo demora en entregar los descargos al SIAU, pues esto retrasa la proyección final al peticionario. Así mismo se realizará una semaforización con los colores Rojo, Amarillo y Verde; cada uno de estos representa en días la opotunidad en la respuesta y nos evidencia si estamos cumpliendo o no.

A continuación se relaciona el Ranking:

RANKING PQRD

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ

PUESTO N°	RESPONSABLE DEL ÁREA	CARGO	N° DE PQR RECIBIDAS	TIEMPO DE RESPUESTA EN DÍAS CALENDARIO	PERSONAL INVOLUCRADO	SERVICIO INVOLUCRADO
1	MARIA TERESA GELVEZ	JEFE DE TESORERIA	1	56	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	TESORERIA
2	JEFE GUSTAVO GÓMEZ	COORDINADOR ZONA DE EXPANSIÓN	1	48	MEDICO	ZONA DE EXPANSIÓN
3	DRA. MARGARITA LAZARO	COORDINADORA DE REFERENCIA	2	43	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL /COORDINADORES	REFERENCIA

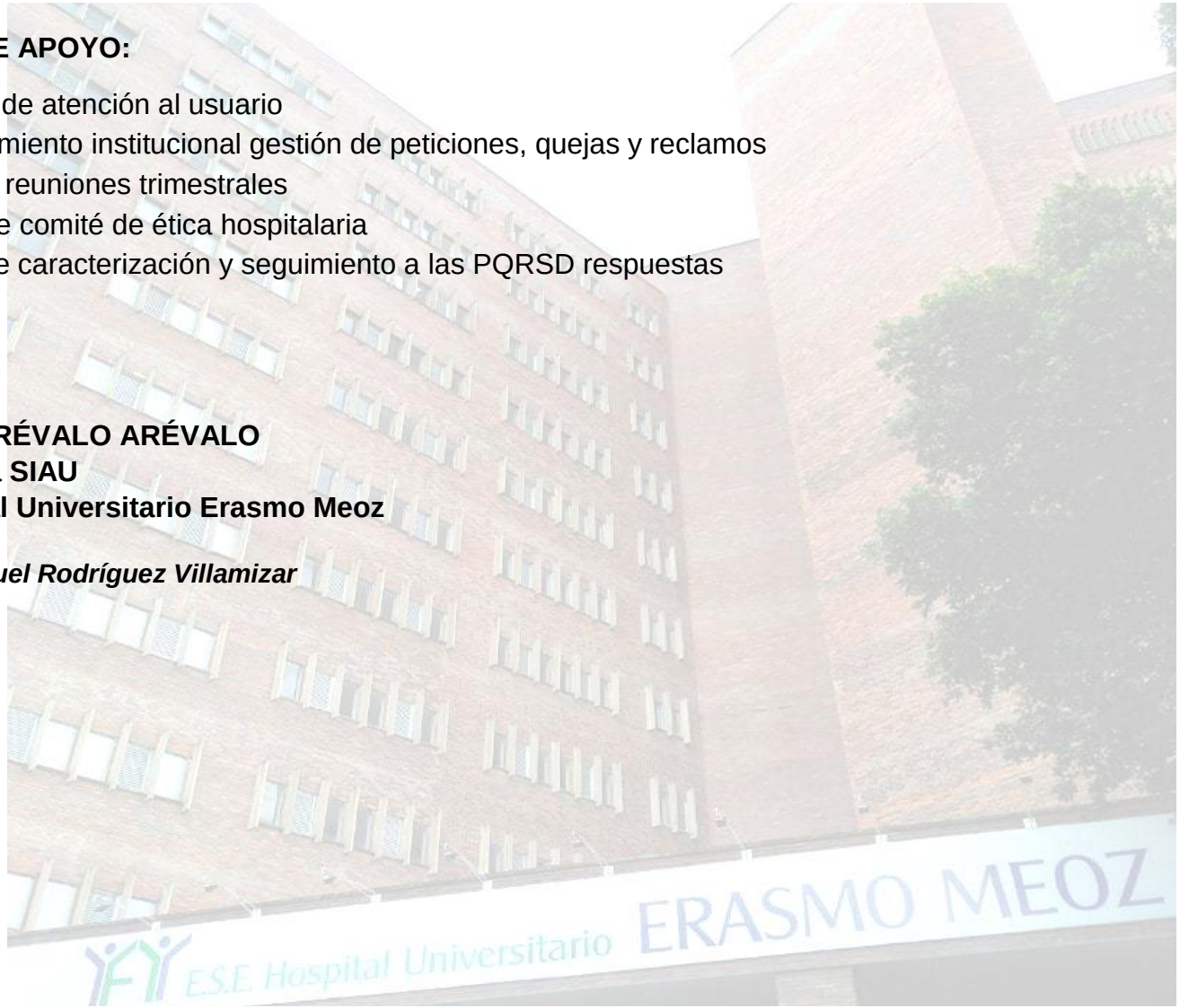
4	DRA. ESPERANZA MONCADA	COORDINADORA DE NUTRICIÓN	1	40	ORTOPEDIA	NUTRICION
5	ASGOC	RECURSO HUMANO	3	39,7	AREAS COMUNES (entrada principal)	CAMILLERO
6	JEFE MARIA AUXILIADORA PERTUZ	COORDINADORA CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES	4	39	MEDICO/ENFERMERIA	CIRUGIA GENERAL
7	JEFE YENI PEÑA	LÍDER SERVICIOS AMBULATORIOS	25	38,76	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL MEDICO ENFERMERIA	URGENCIAS ADULTO
8	HILLARY RAMIREZ GOMEZ	COORDINADORA DE FARMACIA	1	38	COORDINADORES	FARMACIA
9	JOSE LUIS MORA VELANDIA	LIDER DE RECURSOS FÍSICOS	2	36,5	ORTOPEDIA	MANTENIMIENTO
10	JULIA PIEDAD MEJIA	COORDINADORA SALA DE PARTOS	4	33,3	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL /ENFERMERIA	SALA DE PARTOS
11	JEFE BRAULIO VEGA	COORDINADOR DE PEDIATRÍA	4	32	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL /COORDINADORES	PEDIATRIA
12	JEFE GREGORIA MARTINEZ	COORDINADORA DE URGENCIAS PEDIATRÍA	6	32	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL MEDICO ENFERMERIA	URGENCIAS PEDIATRIA
13	JEFE MARIA AUXILIADORA PERTUZ	COORDINADORA DE ORTOPEDIA	6	30,6	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL MEDICO ENFERMERIA	ORTOPEDIA
14	DRA. ELSIE ENTRENA MUTIS	COORDINADORA BANCO DE SANGRE	2	29	COORDINADORES	BANCO DE SANGRE
15	JULIA PIEDAD MEJIA	COORDINADORA GINECOLOGÍA	2	28	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	GINECOLOGIA
16	JEFE MARIA AUXILIADORA PERTUZ	COORDINADORA PISO 6	6	27,8	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL /ENFERMERIA	NEUROCIRUGÍA
17	ALEX VACA	COORDINADOR DE FACTURACIÓN	9	27,8	CONSULTA EXTERNA TESORERIA	FACTURACION

18	JEFE EDGAR NARVAEZ	COORDINADOR PISO 9 Y 10 COVID-19	3	27	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL /MEDICO	HOSPITALIZACIÓN COVID-19
19	JEFE MARIA DEL PILAR MEDINA	LIDER SERVICIOS QUIRÚGICOS	3	25,3	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	QUIROFANO
20	JEFE ERIKA CELINA GÓMEZ	COORDINADORA CONSULTA EXTERNA	12	24,9	MEDICO ENFERMERIA AUXILIAR ADMINISTRATIVO INTERACCION CON PERSONAL ADMI INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA
21	JEFE EDGAR NARVAEZ	COORDINADOR MEDICINA INTERNA	16	21,3	MEDICO ENFERMERIA INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	MEDICINA INTERNA
20	COOSERVINORT		4	19,5	AREAS COMUNES-Entrada urgencias CONSULTA EXTERNA QUIROFANOS AREAS COMUNES (entrada principal)	VIGILANCIA
21	Se remite queja a dicha entidad	TERCERIZADO	2	18,5	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	UCIS COLOMBIA
22	DR. CARLOS MORENO SALGADO	COORDINADOR DE LABORATORIO CLINICO	1	20	INTERACCION CON PERSONAL ASISTENCIAL	LABORATORIO
23	OLFEN VILLAMIZAR	COORDINADOR DE ARCHIVO Y ESTADISTICA	1	8	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	ESTADISTICA
TOTAL			**121**			

MATERIAL DE APOYO:

- Manual de atención al usuario
- Procedimiento institucional gestión de peticiones, quejas y reclamos
- Acta de reuniones trimestrales
- Actas de comité de ética hospitalaria
- Ficha de caracterización y seguimiento a las PQRSD respuestas

Cordialmente;

MARISELA ARÉVALO ARÉVALO
Coordinadora SIAU
E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz

Proyectó: Raquel Rodríguez Villamizar