

PROPUESTA DE MEJORA AL PROCESO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
EN EL HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DEL MUNICIPIO DE LA MESA,
BAJO EL MODELO NTC ISO 9001:2015 ARTICULADO MIPG

ANEXOS

[Anexo A Matriz de Diagnóstico](#)

[Anexo B Matriz de Correlación](#)

[Anexo C Matriz DOFA](#)

[Anexo D Comunicación de la Política de Calidad](#)

[Anexo E Caracterización Proceso de Atención al ciudadano](#)

[Anexo F Matriz de requisitos CLIO](#)

[Anexo G Formato Planeación y Gestión del cambio](#)

[Anexo H Ficha Indicador](#)

[Anexo I Procedimiento de Salidas No Conformes](#)

[Anexo J Procedimiento recepción y gestión de PQRSD](#)

[Anexo K Propuesta del Flujograma del Proceso Atención al Ciudadano](#)

[Anexo L Propuesta de encuesta de satisfacción PQRSD](#)

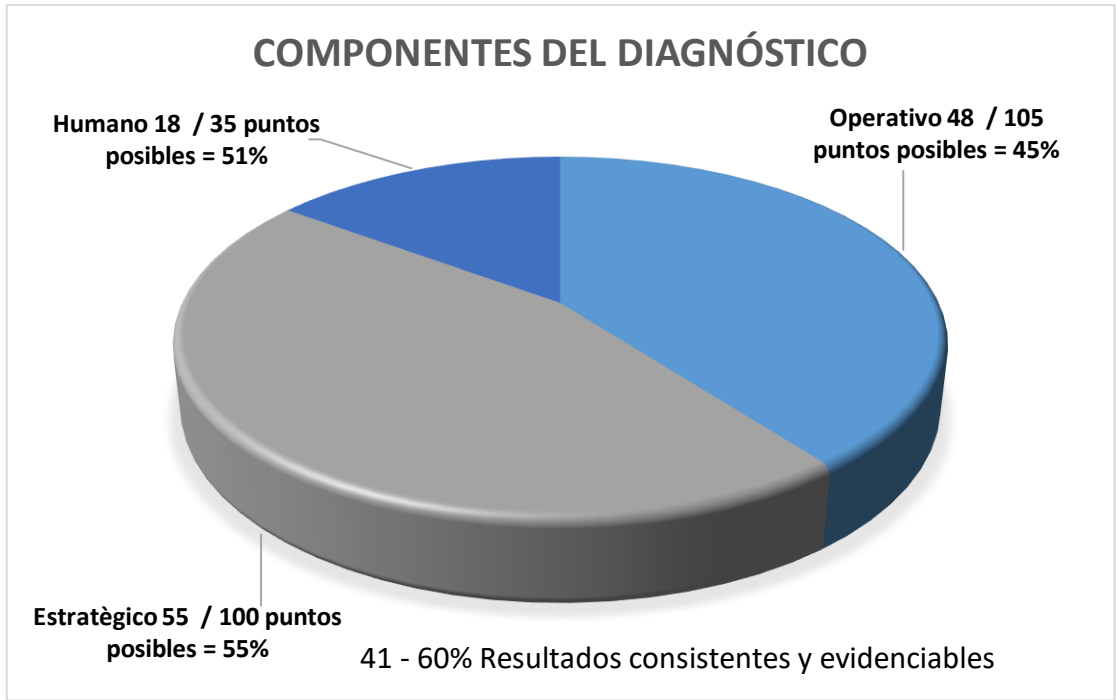
[Anexo M Propuesta de formato Matriz PQRSD](#)

DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD CON BASE EN EL MODELO ISO 9001:2015

Guillermo Peña Guarín

ORGANIZACIÓN			Hospital Regional La Mesa					1. No hay aproximación formal: Los resultados son impredecibles. Solo declaraciones informales	
FECHA			16/04/2021					2. Aproximación reactiva: Basada en necesidades puntuales, problemas presentados o ejemplos	
ENTREVISTADO			Jairo Reinaldo Benavides Bartels					3. Sistema formal definido: Existe planificación pero poca aplicación o resultados; hay documentación	
CARGO			Gerente					4. Sistema formal estable: Procesos sistemáticos; se cumplen los objetivos. Hay realimentación	
ANTIGÜEDAD			1 año					5. Mejora continua: Hay datos válidos de mejora; tendencias conocidas. Dominio de los procesos	
ACTIVIDAD			Servicios						
No.	Componente	Numeral	CUESTIONARIO	1	2	3	4	5	Observaciones
1	ESTRATÉGICO	4.1	La organización comprende su contexto externo en los aspectos: legal, tecnológico, de mercado, cultural, social y económico, así como en los ámbitos local, nacional o internacional?				X		
	ESTRATÉGICO	4.1	La organización comprende su contexto interno en los aspectos de: valores, cultura organizacional, conocimiento y desempeño organizacional?			X			La organización cuenta con una plataforma estratégica, actualizada en el año 2016, donde se describen los valores institucionales, la cultura organizacional basada en la calidad y humanización de servicios. A puertas de actualización.
3	ESTRATÉGICO	4.2	Se han determinado las partes interesadas del sistema de gestión de la calidad?			X			En el año 2019, se documentó como puede verse en la intranet institucional el procedimiento de identificación de partes interesadas o grupos de interés. https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/responsabilidad-social
4	ESTRATÉGICO	4.2	Se conocen las necesidades y expectativas de esas partes interesadas?			X			https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/copia-de-es-clasificacion
5	ESTRATÉGICO	4.3	Se ha definido el alcance del SGC y su aplicabilidad?			X			Alcance: "Inicia con el compromiso de la Gerencia con la adopción de la Política de Calidad, la conformación de un equipo de trabajo que incluye a los líderes de las áreas, sigue con la definición e identificación de las partes interesadas o los grupos de poder, continua con la capacitación y socialización de la norma y los requisitos de Calidad, avanza con El Plan de implementación y su documentación incluye declaraciones documentadas de la política y los objetivos de calidad, el manual de calidad y los procedimientos debidamente registrados, continua con El control documental como medio para gestionar la creación, aprobación, distribución, revisión, almacenamiento, modificación y eliminación de todos los documentos que se tramiten en la organización, continua con las Auditorías Internas , la mejora continua hasta lograr y mantener las certificaciones de Calidad.3. NORMATIVIDAD "
6	ESTRATÉGICO	4.4	La organización ha definido los procesos que constituyen su sistema de gestión de la calidad?			X			https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/copia-de-copia-de-mapa-de-procesos
7	ESTRATÉGICO	4.4	La organización tiene una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad?			X			https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/copia-de-copia-de-mapa-de-procesos
8	ESTRATÉGICO	4.4	Se realiza control adecuado a los procesos: seguimiento, medición y análisis a los datos?		X				En la caracterización de los procesos, se definen los indicadores y riesgos que afectan el proceso; sin embargo el seguimiento debe ser realizado mediante auditorías de Control Interno o de Calidad Asistencial a través del PAMEC-Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad.
9	ESTRATÉGICO	4.4	Se mantiene información documentada para apoyar la operación de los procesos?			X			Se cuenta con una intranet institucional, para la disposición de los manuales guías o protocolos de acuerdo al Mapa de Procesos de la ESE https://hospilamesa.wixsite.com/intranet
10	ESTRATÉGICO	4.4	Se conserva información documentada para tener confianza de que los procesos se realizan según lo planificado?			X			Los protocolos y procedimientos cuentan con registros o formatos que soportan las acciones realizadas.
11	ESTRATÉGICO	5.1	La alta dirección rinde cuentas acerca de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?		X				A través de los Órganos Asesores de la Gerencia -Comités; se analizan temas puntuales y se generan planes de mejora.
12	HUMANO	5.1	Los requisitos del sistema de gestión de la calidad se han integrado a los procesos?			X			Se encuentran en la caracterización de los procesos. https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/copia-de-copia-de-mapa-de-procesos
13	ESTRATÉGICO	5.2	La alta dirección de esta organización se asegura que la política de la calidad es comunicada y entendida?			X			La Política de Calidad Se encuentra dispuesta en: https://hospilamesa.wixsite.com/intranet/direccionamiento-estrategico
14	HUMANO	5.3	Las personas conocen sus niveles de autoridad y las responsabilidades en relación con el sistema de gestión de la calidad?			X			
15	OPERATIVO / TÉCNICO	6.1	La organización gestiona los riesgos y oportunidades de los procesos ?		X				Se implementó Matriz de riesgos en el año 2021.
16	ESTRATÉGICO	6.2	Se han establecido los objetivos de la calidad en las funciones, niveles y procesos del sistema de gestión de la calidad?			X			
17	OPERATIVO / TÉCNICO	6.3	Los cambios en el sistema de gestión de la calidad se realizan de manera planificada?		X				
18	ESTRATÉGICO	7.1.2	Se proporcionan las personas necesarias para la operación y control de los procesos?						
19	ESTRATÉGICO	7.1.3	Se proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de los procesos y para la conformidad de los productos y servicios?			X			
20	ESTRATÉGICO	7.1.5	Se determinan y proporcionan los instrumentos y recursos de medición necesarios para el control de los procesos y para evaluar la conformidad de los productos?		X				
21	HUMANO	7.1.6	Se gestionan los conocimientos necesarios para la operación de los procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios?			X			Mediante capacitación al personal a cargo y la disposición de manuales y procedimientos en las herramientas tecnológicas: https://calidadvirtual.milaulas.com/?redirect=0 https://hospilamesa.wixsite.com/intranet
22	HUMANO	7.2	Se han determinado las competencias de todo el personal que realiza trabajos que afectan la calidad de los productos?			X			Se realiza contratación de acuerdo a las necesidades de la ESE; teniendo en cuenta perfil, experiencia y experticia del colaborador.
23	HUMANO	7.3	La organización se asegura de que su personal tiene conciencia de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad?			X			
24	HUMANO	7.4	Se han determinado los procesos de comunicación interna?			X			A través de correos institucionales, chat, comunicación escrita.
25	HUMANO	7.4	Se han determinado los procesos de comunicación externa?						A través de redes sociales, y puntualmente por correo electrónico, correo certificado.
26	OPERATIVO / TÉCNICO	7.5	Se controla la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por la norma ISO 9001?			X			Se cuenta con un listado maestro de acuerdo a la pirámide documental de la E.S.E., allí registramos la versión, fecha de aprobación y observaciones del documento. Existen formatos creados a libre albedrío por los colaboradores que no están registrados en el mismo.
27	OPERATIVO / TÉCNICO	8.1	Se han planificado los procesos necesarios para la manufactura de los bienes y/o la prestación de los servicios?			X			https://hospilamesa.wixsite.com/intranet
28	ESTRATÉGICO	8.2.1	La organización determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes antes, durante y después de la venta, incluyendo las quejas?			X			Inicia con la adecuada identificación del paciente donde se inicia los canales de comunicación, luego al momento de facturar y finalmente en la prestación del servicio. Así mismo, existe un procedimiento para la gestión de las PQRS.
29	ESTRATÉGICO	8.2.2	La organización determina los requisitos para los productos y servicios que ofrece a los clientes y se asegura que puede cumplir con lo que ofrece?			X			Los servicios que se prestan son registrados en el REPS-Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, bajo el marco Normativo de los estándares mínimos de habilitación Resolución 3100 de 2019.
30	ESTRATÉGICO	8.2.3	La organización revisa los requisitos del cliente, los legales, los implícitos y los de la organización, antes de comprometerse a proporcionar un producto o servicio?			X			Mediante estudio oferta demanda y capacidad instalada.

31	OPERATIVO / TÉCNICO	8.3	La organizacion identifica, revisa y controla los cambios al diseño y desarrollo de sus productos y servicios para asegurar que no haya un impacto adverso sobre la conformidad de estos?			x			Mediante el Programa de Seguridad del Paciente.
32	OPERATIVO / TÉCNICO	8.4	Se determinan los controles que se deben aplicar a los procesos, productos y servicios contratados externamente?		X				
33	OPERATIVO / TÉCNICO	8.4	Se aplican criterios para la evaluación, la selección, el desempeño y la reevaluación de los proveedores externos?		X				
34	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.1	La producción y la prestación del servicio se realizan bajo condiciones controladas?		X				
35	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.2	Se identifican los productos y servicios y su estado de conformidad con respecto a los requisitos?			X			
36	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.3	Se cuida la propiedad de los clientes o de proveedores externos mientras está bajo el control de la organización?			X			
37	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.4	Se preservan los productos durante su producción o en la prestación del servicio para asegurar su conformidad con los requisitos?			X			
38	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.5	Se cumplen los requisitos para las actividades de posventa o posteriores a la entrega o la prestación del servicio?			X			
39	OPERATIVO / TÉCNICO	8.5.6	Cuando se presentan cambios en la producción o en la prestación del servicio éstos se revisan para asegurar la conformidad con los requisitos?			X			
40	OPERATIVO / TÉCNICO	8.6	Hay disposiciones para que la liberación de productos y servicios al cliente solo se efectúe hasta que se haya verificado el cumplimiento de todos los requisitos?			X			
41	OPERATIVO / TÉCNICO	8.7	Se identifican y controlan las salidas no conformes para prevenir su uso o entrega al cliente?			X			
42	OPERATIVO / TÉCNICO	9.1.1	La organización evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad a partir de los resultados del seguimiento y la medición de los procesos, productos y servicios?			X			
43	OPERATIVO / TÉCNICO	9.1.2	Se realiza seguimiento a la percepción de los clientes?			X			
44	OPERATIVO / TÉCNICO	9.2	Se llevan a cabo auditorías internas al sistema de gestión de la calidad?			X			
45	ESTRATÉGICO	9.3	La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la planificación estratégica?			X			
46	OPERATIVO / TÉCNICO	10.1	Existen mecanismos para seleccionar oportunidades de mejora que contribuyan a aumentar la satisfacción de los clientes?			X			
47	OPERATIVO / TÉCNICO	10.2	Se revisa la eficacia de las acciones correctivas que se toman?			X			
48	OPERATIVO / TÉCNICO	10.3	Hay evidencias de mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad - SGC?			X			



1- 20 %	Enfoque informal
21 - 40%	Enfoque estructurado - documentación
41 - 60%	Resultados consistentes y evidenciables
61 - 80%	Mejora continua demostrable
81 - 100%	Capacidad sostenida para aprender

Operativo 48 / 105 puntos posibles = 45%
Estratégico 55 / 100 puntos posibles = 55%
Humano 18 / 35 puntos posibles = 51%

Modelo Integrado de Planeación y Gestión Vs Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015,
elaborado por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional - DAFP

Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2	Numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001
Marco General del Modelo	
Marco conceptual	
Definición del Modelo	
Objetivos del Modelo	4.3. Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad. 5.2 Política de Calidad 6.2 Objetivos de la Calidad y planificación para alcanzarlos
Propósitos Fundamentales Principios del Modelo	
Institucionalidad del Modelo	
Operación del Modelo	
Gestión del Talento Humano	
Disposición de información sobre el talento humano de la entidad	
Garantía de que la gestión del talento humano esté en función del propósito fundamental, de las metas, objetivos, resultados, y en general, de los planes de la entidad: Ingreso, Desarrollo y Retiro del servicio (GETH)	7.1.2 Personas 7.2 Competencia 7.3 Toma de Conciencia
Identificación de los valores y principios del servicio público su conocimiento e interiorización por parte de los todos los servidores y garantizar su cumplimiento en el ejercicio de sus funciones	
Establecimiento de mecanismos para garantizar el diálogo social y la concertación (negociación colectiva)	
Direccionamiento Estratégico y Planeación	
Claridad sobre el propósito fundamental de la entidad	
Identificación y caracterización de los grupos de valor (población objetivo a quien van dirigida los servicios y productos de la entidad)	1. Objeto y Campo de Aplicación 4. Análisis del contexto de la organización
Claridad sobre las prioridades de los planes de desarrollo (nacionales y territoriales)	4.1. Comprensión de la organización y su contexto. 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
Identificación de los objetivos, metas, resultados y las actividades, recursos disponibles, responsables y cronogramas para lograrlos	5. Liderazgo
Formulación de indicadores para la evaluar el avance en la consecución de resultados y en su logro final (gestión y desempeño)	5.1 Liderazgo y compromiso 5.1.2 Enfoque al cliente
Establecimiento de la política de administración del riesgo	6. Planificación
Incorporación en la planeación de actividades para la implementación de todas las dimensiones de MIPG	6.1 Acciones para dirigir el riesgo y oportunidades 7.1.6 Conocimiento de la organización
Programación presupuestal coherente con las metas, objetivos y resultados institucionales	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2	Numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001
Gestión para Resultados	
Esquema Operativo	
Diseño de la estructura organizacional que más se adapte a la gestión de la entidad	7. Apoyo 7.1 Recursos 7.1.3 Infraestructura 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos
Identificación de los procesos y procedimientos de la entidad	8. Operación
Garantía de un adecuado suministro de los bienes y servicios internos	8.2 Requisitos de los productos y servicios
Ejecución del presupuesto acorde con su programación	8.3 Diseño y Desarrollo de productos y servicios
Aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación para la gestión institucional	8.5 Producción y prestación del servicio
Protección y salvaguarda de la información institucional	8.6 Liberación de productos y servicios
Gestión sostenible (ambiental, social y económica)	
Relación Estado Ciudadano	
Diseño e implementación de una política de servicio al ciudadano.	
Diseño e implementación de una política de racionalización de trámites	
Diseño e implementación de mecanismos de participación ciudadana.	8.5 Producción y prestación del servicio
Rendición de cuentas a la ciudadanía	
Aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación para la prestación de servicios al ciudadano	
Evaluación de Resultados	
Definición de un responsable del diseño, implementación y comunicación de los métodos, mecanismos de seguimiento y evaluación.	7.1.5 Recursos de Seguimiento y medición
Revisión y actualización de indicadores y otros mecanismos de seguimiento y evaluación.	9. Evaluación y desempeño
Seguimiento al avance de la gestión y al desempeño institucional.	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
Evaluación del logro de los resultados (y si es posible, los impactos generados por estos).	9.3 Revisión por la Dirección
Establecimiento de acciones preventivas, correctivas o de mejora.	10. Mejora
Evaluación de la percepción de los grupos de valor frente a la satisfacción de sus necesidades y expectativas, frente a los servicios prestados y en general, frente a la gestión de la entidad.	10.2 No conformidad y acción Correctiva
Desarrollo de ejercicios autodiagnósticos del nivel de avance en la gestión	10.3 Mejora Continua
Documentación de los resultados de los ejercicios de medición y evaluación.	
Gestión de la Información y la Comunicación	

Gestión de la Información y la Comunicación	
Diseño de políticas, directrices y mecanismos de identificación, consecución, captura y procesamiento de la información necesaria para la operación de la entidad.	
Identificación y gestión de la Información y Comunicación Externa.	7.4 Comunicación
Identificación las fuentes de Información externa.	7.5 Información Documentada
Identificación y gestión la información y comunicación interna.	
Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 2	
Numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001	
Identificación y gestión los sistemas de información y comunicación	
Gestión Documental	
Garantía del ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública.	
Gestión del Conocimiento	
Sistema de gestión documental y de recopilación de información de los productos generados a los grupos de valor, por todo tipo de fuente de generación.	
Memoria institucional recopilada y disponible para consulta y análisis.	5.2.1 Enfoque al cliente
Bienes o productos entregados a los grupos de valor, como resultado del análisis de las necesidades y de la implementación de ideas innovadoras de la entidad.	7.1.5 Recursos de seguimiento y Medición
Espacios de trabajo que promueven el análisis de la información y la generación de nuevo conocimiento.	7.5 Información Documentada
Los resultados de la gestión de la entidad se incorporan en repositorios de información o bases de datos sencillas para su consulta, análisis y mejora.	7.5.3 Control de la Información Documentada
Decisiones institucionales incorporadas en los sistemas de información disponibles.	8.3 Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios
Alianzas estratégicas o grupos de investigación donde se revisan sus experiencias y se comparten con otros, generando mejora en sus procesos y resultados.	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
	10. Mejora
Control Interno	4. Análisis del contexto de la organización 4.1. Comprensión de la organización y su contexto. 8.1 Planificación y control operacional 8.4 Control de los productos y servicios suministrados externamente 8.7 Control de salidas del proceso, productos y Servicios no conformes 9.2 Auditoría Interna
Esquema de Líneas de Defensa	5. Liderazgo 5.1 Liderazgo y compromiso 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública.

Análisis del Entorno	Matriz DOFA		Análisis Interno	
			Fortalezas	Debilidades
			1. Procesos: Gestión de Salud pública, Docencia Servicio, Gestión de Apoyo diagnóstico terapéutico, Gestión Financiera y Gestión de Recursos Físicos.	1. Procesos: Atención al Ciudadano, Gestión Integral de la Calidad, Gestión Estratégica, Gestión del Talento Humano y Gestión Asistencial.
			2. Personas: Talento humano competentes y comprometidas con el servicio de atención al usuario.	2. Personas: Cambio de Administración, personas que faltan por contratar en el área administrativa y atención al ciudadano. Funcionarios pensionados que afectan procesos al no estar alineados con las nuevas directrices del Departamento de Cundinamarca en aspectos de calidad y no hay una buena aceptación de cambios internos. Alta contratación de servicios, con términos de 6 meses a 12 meses con cambios de retroceso, afectando el servicio de atención del hospital.
			3. Infraestructura: Redes hospitalarias en los municipios de la Mesa, Anapoima, Cachipay y Tena.	3. Infraestructura: Capacidad instalada. Debilidad en la infraestructura física del Hospital. El Hospital no cuenta con las suficientes herramientas TIC para administrar y controlar los procesos administrativos.
			4. Métodos: Gestión de los recursos físicos y tecnológicos de manera apropiada para la óptima prestación de servicios médicos acorde al nivel del Hospital.	4. Métodos: Documentación no estandarizada.
			5. Organización: Activos de información e implementación de indicadores.	5. Organización: No se documenta la mejora continua de los procesos.
	Oportunidades	Estrategias FO	Estrategias DO	
	1. Político: Gobernación de Cundinamarca. 2. Económico: Recursos necesarios para la atención a los servicios hospitalarios. 3. Social: Usuarios, comunidad, Atención al Usuario. 4. Tecnológico: Disponibilidad de tecnología para atención a los servicios hospitalarios. 5. Ambiental: Articulación con la ISO 14001. Alineación con los ODS. 6. Legal: Leyes, decretos, Resoluciones.	1. Generar Activos de información a través de la disponibilidad tecnológica para el hospital. F4, O4 2. Promover la participación del Talento Humano en espacios que promuevan la mejora del servicio hospitalario. F2, O3 3. Potencializar las redes hospitalarias a través de los recursos proyectados para la atención a los servicios. F3, O2	1. Fortalecer la Atención al Usuario a través de la disponibilidad tecnología para la prestación de los servicios hospitalarios D1, O1 2. Utilizar la Gestión de Cambio de manera que el capital intelectual continúe para la prestación de servicios. D2, O3 3. Documentar a través de diversas herramientas las actividades que se realizan en el Hospital (Técnico y Operativo) alineado con las normatividades. D5, O6	
	Amenazas	Estrategias FA	Estrategias DA	
	1. Político: Recursos limitados para la actualización física y tecnológica del Hospital. 2 económico: Recursos limitados para actualizar herramientas tecnológicas automatizadas que faciliten el registro y seguimiento de las PQRSD. 3. Social: Peticionarios. Tecnológico: Falta implementar herramientas TIC. Ambiental: No está implementada en su totalidad la ISO 14001. Alienación ODS. 4. Legal: Es necesario realizar el seguimiento a los tiempos normativos establecidos en la Ley 1755 de 2015, a través del uso de herramientas tecnológicas.	1. Utilizar las capacidades y Competencias del Talento Humano para la actualización de herramientas tecnológicas. F1, A2 2. Usar las herramientas tecnológicas para realizar seguimiento a los tiempos normativos establecidos en la Ley 1755 de 2015. F5, A4 3. Implementar indicadores adecuados para realizar seguimiento a las PQRS respondidas dentro de los tiempos de Ley. F5, A3	1. Al Proceso Atención al Usuario, es importante implementar herramientas tecnológicas automatizadas que faciliten el seguimiento de las peticiones establecidas en la Lev 1755 de 2015. D1, A4 2. A través de la documentación estandarizada, que permita el seguimiento y evaluación de las PQRSD. D5, A2	

Anexo D Comunicación de la Política de Calidad

OBJETIVO:	DIVULGAR Y COMUNICAR LA POLÍTICA DE CALIDAD DEL HOSPITAL LA MESA				
¿A QUIÉN COMUNICAR?	¿QUIÉN COMUNICA?	¿Qué?	¿CUÁNDO?	¿CÓMO?	¿EVIDENCIA?
PERSONAL	Área de Recursos Humanos	La política de Calidad del Hospital La Mesa	Inducción y reinducción.	Piezas publicitarias, por medio de píldoras informativas diarias, a través de medios internos como correo electrónico, intranet, carteleras digitales, en medios impresos en carteleras físicas, (para el personal interno que no tiene acceso a medios electrónico por su perfil de trabajo)	Archivo electrónico, archivo físico.
			En el caso de actualización de la política		
CLIENTES	Oficina de servicio al Cliente		Una vez la Política de Calidad este establecida y aprobada por la Alta Dirección.	Página web oficial de la organización, correo electrónico, en carteleras físicas.	Archivo electrónico, archivo físico.
PROVEEDORES	Área Administrativa		Una vez la Política de Calidad este establecida y aprobada por la Alta Dirección.	Página web oficial de la organización, correo electrónico, en carteleras físicas.	Archivo electrónico, archivo físico.
AUTORIDADES DE SALUD	Alta Gerencia		Ante oficinas de inspección, vigilancia y control, cuando se requiera	Documental. Código de Ética y Buen Gobierno	Archivo electrónico, archivo físico.

Anexo E Caracterización Proceso de Atención al ciudadano

CARACTERIZACIÓN DE PROCESO				
TIPO DE PROCESO:		MISIONAL	PROCESO:	ATENCIÓN AL CIUDADANO
1. PROPÓSITO				
Propender por los Derechos de los ciudadanos mediante la respuesta y/o solución a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias a las dependencias que integran la atención a la salud del Hospital; así mismo, divulgar el portafolio de servicios – Derechos y Deberes de los ciudadanos, a través de la participación ciudadana con estrategias para la atención humanizada.				
2. ALCANCE		3. LÍDER	4. PARTICIPANTES	
Inicia con la divulgación y promoción del Portafolio de servicios, captación de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias, de acuerdo con los derechos y deberes siguiendo con la tabulación del nivel de satisfacción del Ciudadano interno en lo que confiere a la prestación de servicios del Hospital a través de herramientas de medición estableciendo los planes de mejora oportunamente que garanticen la mejora continua y la prestación de servicios con calidad y auspiciar los espacios de participación ciudadana, continua con la gestión de trabajo social que implica la verificación del seguramiento, humanización de los servicios y finaliza con la propuesta de mejora en los diferentes canales de atención del Hospital Regional.		Subgerencia Administrativa	Profesional en trabajo Social <	

1. Junta Directiva.	1. Oficina de Participaciones Ciudadanas. 2. Bases de Datos ADREES – EPS.	 Desplegar las políticas y objetivos institucionales. Implementar y ejecutar las actividades establecidas en los subprocesos, procedimientos, planes y programas.	1 informe Semestral de Mejora de PQRSD	1 secretaria de Salud de Cundinamarca 2 Comunidad, Usuarios y sus Familias. 3 Junta Directiva.
1. Junta Directiva 2. Asociación de Usuarios 3. Entidad	1 Programa de Humanización 2 Veeduría Ciudadana	 Realizar el seguimiento y la medición de los alcances logrados en los subprocesos y productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados.	1. Participación Ciudadana 2 Acciones y Estrategias en humanización	1 Comunidad, Usuarios y sus Familias
1 Proveedores 2. Comunidad, Usuarios y sus Familias.	1. Centro De Atención Telefónica 2 Demanda de portafolios de servicios	 Tomar acciones necesarias para mejorar continuamente el desempeño de los subprocesos y el logro de las políticas y objetivos propuestos.	1 Asignación de citas médicas e información. 2. Atención óptima y humanizada	1. Comunidad, Usuarios y sus Familias
7. SUBPROCESOS RELACIONADOS				
Subprocesos 1. Atención al ciudadano 2. Trabajo social.				
8. REQUISITOS POR CUMPLIR				
DOCUMENTOS APLICABLES		ACTIVOS DE INFORMACIÓN	FORMATOS Y REGISTROS	
1. Plan de Desarrollo Departamental – Mecanismos de Participación Ciudadanía 2. Plan Decenal de Salud – Cumplimiento de Metas 3. Plan de Gestión. 4. Plan de Atención en Salud – PAS 5. Portafolio de Servicios 6. Código de Integridad 7. Mapa de Riesgos 8. Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 9. Programa de Tecnovigilancia. 10. Base de datos de ADREES – EPS Normatividad sobre aseguramiento 11. Programa de humanización 12. Programa de Atención al Usuario.		Versión 1.0 creada por ...	Registrados en el Listado Maestro de la Entidad.	
9. RECURSOS REQUERIDOS				

RECURSO HUMANO		RECURSOS FÍSICOS		RECURSOS TECNOLÓGICOS		RECURSOS FINANCIEROS	
Subgerente Administrativa, Coordinadora de Oficina d Atención al usuario, Auxiliares Atención al Usuario, Trabajadora Social – Auxiliar de Trabajo Social.		Infraestructura (archivos, equipamiento de oficina), e insumos de papelería (tóner, papel, formas continuas, cintas, carpetas etc.)		Software (aplicativos de hojas de cálculo procesadores de texto, Sistema de Información Institucional) Hardware.		De mano de obra, materiales e insumos y gastos generales para el funcionamiento del Proceso.	
10. INDICADORES DEL PROCESO							
Objetivos	Nombre del Indicador	Tipo	Frecuencia	Formula	Meta	Iniciativas	
Proteger los Derechos de los ciudadanos mediante la respuesta y/o solución oportuna, eficiente y eficaz de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Demandas de las partes interesadas	Tiempo de respuesta en la recepción y trámite de las PQRSD	Eficacia	Mensual	Número de PQRSD con respuestas dentro de los lineamientos de salud con los estándares definidos y segmentados por grupos de atención de los usuarios/Total de PQRSD con respuestas dentro de los lineamientos de salud con los estándares definidos y segmentados por grupos de atención de los usuarios *100	100%	Programar las respuestas a las PQRSD que se van a realizar durante la vigencia, y generar el reporte y seguimiento mensual de las ejecutadas.	
Clasificar, interpretar y aplicar acciones como medidas cautelares.	Total de seguimientos a informes y resultados de PQRSD	Eficacia	Trimestral	Número total de seguimientos a informes y resultados de PQRSD/ Número total de informes y resultados de PQRSD *100	100%	Proyectar los seguimientos a los informes y resultados de PQRSD durante la vigencia.	
Implementar la metodología de evaluación del desempeño con calidad en la Atención al Usuario.	Auditorias ejecutadas para evaluar el desempeño la Atención al Usuario	Eficacia	Trimestral	Número total de Auditorias ejecutadas para evaluar el desempeño la Atención al Usuario/Número total de Auditorias Programadas para evaluar el desempeño de la Atención al Usuario *100	100%	Acorde a los resultados de las auditorias, mantener o mejorar los procesos y procedimientos para dar respuestas a las PQRSD	

CLIENTE	REQUISITO	• Calidad en el servicio hospitalario. • Personal capacitado y calificado para la prestación del servicio.
	EVIDENCIA	• Encuesta de satisfacción • Correo electrónico • Matriz consolidado PQRSD • Quejas y reclamos • Entrega de soportes a tiempo
LEY	REQUISITO	• LEY 1755 por medio de la cual, se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento y contencioso administrativos. • Resolución 3687 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Por la cual se reglamenta el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, felicitaciones y solicitudes de acceso a la información que se formulen al Ministerio de Salud y Protección Social. • Resolución 187 de 2014 julio 31. Por medio del cual se crea el sistema de información y atención al Usuario-SIAU de la ESE HOSPITAL REGIONAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ de La Mesa, Cundinamarca.
	EVIDENCIA	• Matriz consolidado Gobernación de Cundinamarca • Correo electrónico • Matriz consolidado PQRSD • Informe PQRSD publicado en página web del Hospital
INHERENTES	REQUISITO	• Cumplimento en los tiempos de Ley
	EVIDENCIA	• Matriz consolidado PQRSD • Caracterización y Procesos
ORGANIZACIÓN	REQUISITO	• MIPG • Enfoque de mejora continua • Personal capacitado
	EVIDENCIA	• Política de Calidad • Objetivos de calidad • Evaluación permanente y mejora continua • Registro de capacitaciones • Informes de auditora • Formatos de divulgación de reglamentos internos de trabajo

Anexo G. Formato Planeación y Gestión del cambio

	PROCESO:		FORMATO GESTIÓN DEL CAMBIO				FECHA:	
	FORMATO:						VERSIÓN:	
							CÓDIGO:	
ORIGEN DEL CAMBIO:								
Cambio en la normatividad		Modificaciones en contexto interno o externo		Necesidades y/o expectativas de las partes interesadas		Actualización en las normas de Sistemas de Gestión		
Cambios en la estructura organizacional		Cambios en los procesos	X	Cambios en el producto/servicio		Innovación		
Oportunidades o riesgos identificados		Disponibilidad de recursos		Otro ¿Cuál?				
ANÁLISIS DEL CAMBIO:								
DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO.	Modificación en la estructura del Mapa de Procesos del Hospital Regional La Mesa							
PROPÓSITO DEL CAMBIO	Reubicar el proceso de Atención al Ciudadano al Macroproceso Misional, debido a que desde la misión del Hospital, se menciona el seguimiento a la prestación de los servicios en salud.							
CONSECUENCIAS O EFECTOS POTENCIALES	Alineación de los procesos misionales.							
PROCESOS AFECTADOS POR EL CAMBIO	Misionales y de Apoyo.							
INFORMACIÓN DOCUMENTADA SOPORTE PARA EL CAMBIO	Caracterización del Proceso Atención al Ciudadano.Procedimiento Recepción y Gestión PQRS							
EQUIPO DE TRABAJO PARA EL CAMBIO								
NOMBRE	CARGO				PROCESO			
ACEPTACIÓN DEL CAMBIO								
DECISIÓN		JUSTIFICACIÓN						
SI	X	Debido a que el proceso cumple con el objeto social del Hospital, se aprueba el ajuste solicitado.						
NO								
PLANIFICACIÓN DEL CAMBIO								
PREGUNTA	SI	NO	JUSTIFICACIÓN					
¿El cambio implica modificaciones en la planeación estratégica?	X		Debido a que la planeación estratégica incluye ajuste en recursos para la mejora del proceso.					
¿Es necesario modificar la Política y los Objetivos de la calidad?		X	NA					
¿Es necesario modificar el Mapa de Procesos?	X		Debido a que desde la misión del Hospital, se menciona el seguimiento a la prestación de los servicios en salud; por lo tanto, se ajusta el Mapa de Procesos incluyendo Atención al Ciudadano en el Macroproceso Misional					
¿Es necesario modificar el objetivo o alcance de algún proceso?	X		Debido a que se requiere el cambio en las caracterizaciones.					
¿Es necesario modificar las actividades, las secuencias o las interacciones de algún proceso?	X		Debido a que el proceso Atención al Ciudadano es el soporte de la prestación de los servicios en salud.					
¿Es necesario ajustar los parámetros de control o mecanismo de seguimiento, medición, análisis y evaluación de algún proceso?	X		Debido a que se incluye el seguimiento y Evaluación en la operatividad del Proceso.					
¿Es necesario contratar externamente algún proceso, producto y/o servicio?		X	NA					

¿Es necesario programar formación al personal involucrado?	X		Debido a que se necesita socializar y capacitar el cambio a los colaboradores.
¿Se requiere actualizar el mapa de riesgos de algún proceso e identificar nuevos controles?	X		Debido a que se identifica nuevas cuestiones internas y externas al incluir el proceso Atención al Ciudadano en el Macroproceso Misional.
RECURSOS NECESARIOS			
RIESGOS ASOCIADOS AL CAMBIO			
DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS POTENCIALES	RESPONSABLE
Riesgo estratégico debido a la falta de oportunidad en la prestación de los servicios del Hospital.	1. Cambios en el entorno o internas del Hospital 2. Débil Sistema de Información Gestión Integrado 3. Falta de apropiación a los instructivos del Hospital	1. Reprocesos del servicio 2. Pérdida de la imagen y credibilidad del Hospital. 3. Intervención de órganos de control.	Atención al Ciudadano
OPORTUNIDADES ASOCIADAS AL CAMBIO			
DESCRIPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS POTENCIALES	RESPONSABLE
Oportunidad de mejora en la prestación de servicio	1. Falta de conocimiento de los documentos procedimentales por parte de los colaboradores 2. Debilidades en la ejecución del plan de mejora 3. Desconocimiento en el manejo de la información por parte de los peticionarios	1. Desgaste administrativo para las respuestas de las PQRS 2. Insatisfacción de las respuestas del peticionario. 3. Reproceso del servicio.	Atención al Ciudadano
IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO			
Act N.	ACTIVIDADES / ACCIONES	RESPONSABLE	PRODUCTO ESPERADO
1.	P - Realizar el cronograma de implementación del cambio al Macroproceso Misional	Jefe de Atención al Ciudadano	Cronograma
2	H - Ajustar los documentos del proceso Atención al Ciudadano como: Caracterización, Procedimiento y Formatos.	Coordinador de Atención al Ciudadano	Macroproceso ajustado
3	V - Verificar la publicación de los ajustes documentales del Proceso Atención al Ciudadano	Coordinador de Planeación	Listado Maestro de Documentos
4	A - Realizar informes mencionando el cumplimiento de implementación del cronograma	Coordinador de Planeación	Infome de verificación
SEGUIMIENTO AL CAMBIO			
FECHA	Act N.	RESULTADO	RESPONSABLE
30/03/2021	1. Seguimiento a los ajustes del Macroproceso Misional	Se realizó el ajuste de acuerdo al cambio aprobado	Planeación
CONCLUSIÓN DE LA GESTIÓN DEL CAMBIO			
FECHA	ESTADO		OBSERVACIONES
20/04/2021	Cerrado		Se realizaron los cambios propuestos

Anexo H. Ficha Indicador

FICHA INDICADOR	
Nombre del Indicador:	Porcentaje de respuesta de PQRSD dentro de los términos definidos por la ley.
Objetivo:	Identificar las PQRSD a las cuales se les da respuesta dentro de los términos definidos por la ley.

INFORMACIÓN BÁSICA				
Línea Base:	406 PQRS	Meta Vigencia:	100%	Cumplir con todas respuestas PQRS dentro de los términos de ley
Periodicidad:	Trimestral	Unidad de Medida:	%	Porcentaje
Tendencia:	Estático	Tipo de Indicador	Eficacia	

ALINEACIÓN GESTIÓN INSTITUCIONAL				
Objetivo Estratégico:	Recibir las quejas, peticiones, reclamos o inconformidades de los usuarios y resolverlas de manera oportuna y veraz, al punto, de crear lazos de confianza al ciudadano.			
Nombre del Proceso	Procesos de apoyo		SUB-PROCESO	Atención al ciudadano

METODOLOGÍA DE MEDICIÓN			
Cálculo del numerador:	Número PQRSD atendidas oportunamente dentro de los términos establecidos por la ley	Fuente del numerador:	Matriz de respuestas registradas de PQRSD.
Cálculo del denominador	Número total de PQRSD que se han recibido durante el periodo	Fuente del denominador:	Medios por donde se reciben las PQRSD (buzón, teléfono, página web, verbal)
Descripción de la meta:	Porcentaje de PQRSD con gestión oportuna de acuerdo a la Ley 1755 de 2015, por la cual, se regula el derecho fundamental de petición.	Fuente de la Meta:	Plan indicativo Hospital La Mesa 2017 - 2020 y Resolución 054 del 2017 la cual, reglamenta el trámite interno de las PQRSD.

ASPECTOS TÉCNICOS	
Definición de Términos:	El sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias – PQRSD -, se establece como la recepción, distribución, control eficiente y eficaz de los temas relacionados en las mismas, para brindar una adecuada atención y solución integral a los temas que con alguna de estas connotaciones sean presentadas por los grupos de interés hacia el Hospital, y así, lograr satisfacer las necesidades reportadas, retroalimentando las acciones de mejoramiento interno en el Hospital. Cualquier persona o entidad, podrá presentar peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias en los diferentes canales que se hayan dispuesto para tal fin. Tiempo de respuesta 10 días hábiles.
	Petición: Derecho reconocido por la Constitución Política de Colombia, hacia todos los ciudadanos en virtud del cual, estos pueden dirigirse a una institución o funcionarios de las mismas, en demanda de algo que estimen justo y conveniente.
	Queja: Expresión de insatisfacción con la conducta, hechos o acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo funciones públicas para el Hospital.
	Reclamo: Expresión de insatisfacción referida a la prestación de un servicio o acción que para sí se preste de manera deficiente ya sea por un servidor o un funcionario del instituto en virtud de su atención y función.
	Sugerencia: Cualquier expresión verbal, escrita o por medio electrónico presentada para brindar una recomendación por parte del ciudadano, y que tenga por objeto, mejorar el servicio que se presta en cada una de las dependencias del Hospital.
	Denuncia: Informar sobre la ocurrencia de un error que podría acarrear en acción de delito o falta mayor dentro de la ejecución de acciones desarrolladas en, o por parte del Hospital, ya sea en gestión u obra de algún colaborador de este.
	Recepción de PQRSD escritas: Son las peticiones que se realizan por medio escrito, bien sea mediante la radicación de documento físico, por correo electrónico o a través del formulario de PQRSD o buzón de sugerencias, dispuesto en la página web del Hospital, el cual puede ser presentado de forma directa o por intermedio de apoderado o representante.
	Recepción de PQRSD verbales: Son aquellas peticiones que se formulan de manera directa; vía telefónica o a través de medios electrónicos o tecnológicos, siempre y cuando garanticen la comunicación y transferencia de datos al interior del Hospital.
Normatividad	• Artículo 23, Constitución Política de Colombia
	• Artículo 74, Constitución Política de Colombia
	• Ley 1437 de 2011, Art. 40
	• Ley 1474 de 2011
	• Ley 1755 de 2015
	• Resolución 054 de 2017
	• Decreto 1166 del 19 de julio de 2016
Área Responsable:	Atención al Ciudadano

RANGOS VALORACIÓN									
PRIMER TRIMESTRE									
Mes	Numerador (Número PQRSD atendidas oportunamente dentro de los términos establecidos por la ley)	Denominador (Número total de PQRSD que se han recibido durante el periodo)	Avance	DEFICIENTE		REGULAR		BUENO	
				Min	Max	Min	Max	Min	Max
				0%	59,00%	60,00%	79%	80,00%	100,00%
ENERO			#¡DIV/0!	#¡DIV/0!					
FEBRERO			#¡DIV/0!	#¡DIV/0!					
MARZO			#¡DIV/0!	#¡DIV/0!					
PROM. TRIMESTRE	0	0	#¡DIV/0!						
Observaciones									

1. Procedimiento Salidas No Conformes					
TIPO DE PROCESO:		MISIONAL	PROCESO	ATENCIÓN AL CIUDADANO	
1. OBJETIVO					
Determinar e implementar acciones para la generación de salidas no conformes y su correcto tratamiento.					
2. ALCANCE					
Este procedimiento inicia con la determinación de la Salida No Conforme en cualquier etapa del proceso Misional, atención al ciudadano el cual avanza con la solicitud de respuesta y finaliza con la corrección de la No Conformidad después de realizar la evaluación y análisis por parte de los responsables.					
3. NORMATIVIDAD ASOCIADA:					
NTC ISO 9001:2015 Capitulo 8.7 Control de las Salidas No Conformes					
4. DEFINICIONES					
CONFORMIDAD		Cumplimiento de un requisito.			
CORRECCIÓN		Acción para eliminar una No Conformidad detectada.			
NO CONFORMIDAD		Incumplimiento de un requisito.			
SALIDA		Resultado de un proceso.			
SALIDA NO CONFORME (SNC)		Resultado de un proceso que incumple un requisito			
5. DEFINICIÓN DEL CICLO DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN CIRCULO DE CALIDAD					
Tipificaciones:					
P: Planear. 		H: Hacer. 		V: Verificar. 	
				A: Actuar. 	
				D.F.: Diagrama de flujo.	
6. Políticas de Operación					
a. Tiempos para registras la SNC					
- Debe de registrarse en un plazo máximo de tres (3) días hábiles a la detección de la SNC.					
7. RECURSOS					
ELECTRÓNICOS: Equipos de cómputo, escáner, fotocopadoras, unidad de almacenamiento, teléfonos, internet. Correos institucionales, página web.					
8. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y ANEXOS AL PRESENTE PROCEDIMIENTO					
DOCUMENTOS RELACIONADOS					
NA					
9. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN Y GESTIÓN DE PQRS					
ACCIÓN	ACTIVIDAD	TAREA	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
INICIO					
	Determinar la Salida No Conforme	Determinar la Salida No Conforme que identificó en el proceso.	NO	Coordinador de Atención al usuario	Informe, acta de reunión.
	Registrar la SNC	Redactar la SNC teniendo en cuenta los criterios de evidencia, situación y registro.	NO	Coordinador de Atención al usuario	Formato de SNC
	Realizar la evaluación de la SNC	Evaluar que la SNC cumple con los criterios establecidos. Si cumple, continua con la actividad No. 4 No cumple, continua con la actividad No. 2.	SI	Gestor de atención al ciudadano.	Formato de SNC

	Identificar actividades	Identificar actividades teniendo en cuenta el ciclo PHVA para el desarrollo de estas.	NO	Coordinador de Atención al usuario	Formato de SNC
	Realizar las actividades	Realizar las actividades propuestas para eliminar la SNC	NO	Coordinador de Atención al usuario	Formato de SNC
	Realizar evaluación de las actividades	Evaluar si el desarrollo de las actividades eliminó la no conformidad. Si cumple, continua con la actividad No. 7 No cumple, continua con la actividad No. 6	SI	Gestor de Atención al Ciudadano	Formato de SNC
	Cerrar la Salida No Conforme	Realizar el cierre de la Salida No Conforme, verificando el cumplimiento de esta.	NO	Gestor de Atención al Ciudadano	Informe de cierre.
FIN					

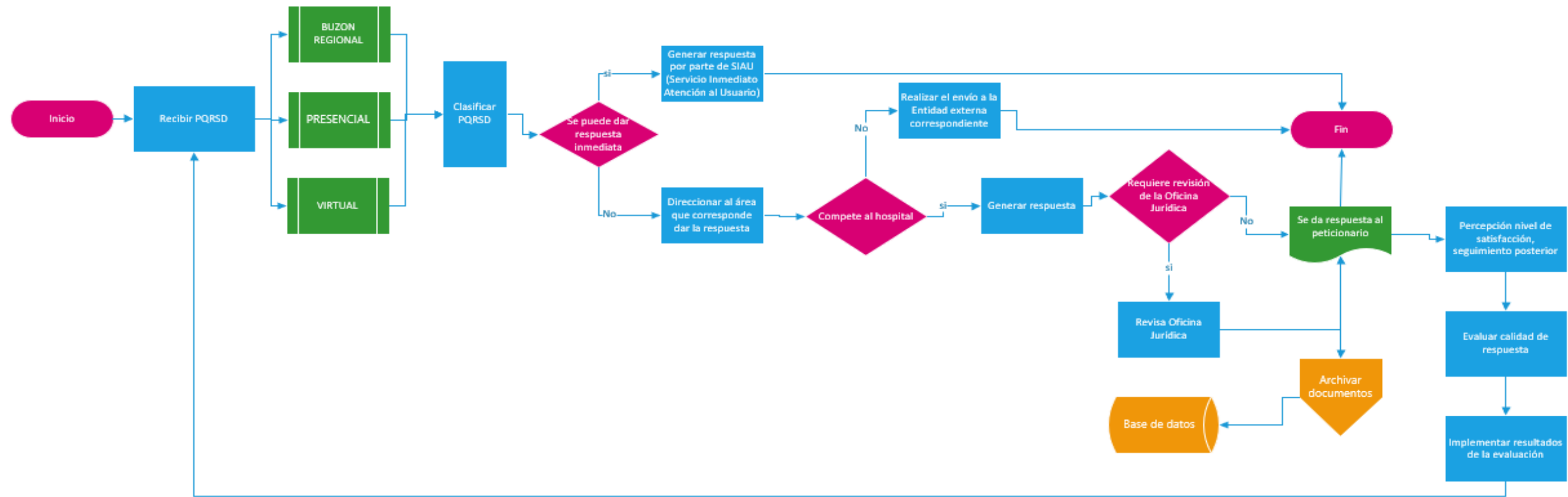
1. Procedimiento Recepción y Gestión de PQRSD			
TIPO DE PROCESO:	MISIONAL	PROCESO:	ATENCIÓN AL USUARIO
1. OBJETIVO			
Establecer e implementar el procedimiento de recepción y gestión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias o Denuncias realizadas por los usuarios, y mantener los canales de comunicación de manera oportuna y pertinente en la ESE HOSPITAL REGIONAL PEDRO LEÓN ALVAREZ DIAZ, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, en concordancia a la Normatividad Legal Vigente.			
2. ALCANCE			
Este procedimiento está dirigido al personal que en ejercicio de sus actividades vela por la atención al usuario y mantener el flujo de información entre los grupos de interés y la Entidad. Inicia con la radicación de la PQRSD, se envía al área citada en la PQRSD, avanza con la solicitud de respuesta y finaliza con la ejecución de los planes de mejoramiento a que haya lugar después de la evaluación y análisis por parte de los responsables del sistema de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o denuncia recibidas.			
3. NORMATIVIDAD ASOCIADA:			
Ley 1755 de junio de 2015, 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. Resolución 3687 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Por la cual se reglamenta el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, felicitaciones y solicitudes de acceso a la información que se formulen al Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 187 de 2014 julio 31. Por medio del cual se crea el sistema de información y atención al Usuario-SIAU de la ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ de La Mesa Cundinamarca.			
4. DEFINICIONES			
BUZÓN	Se refiere al contenedor físico con abertura donde se depositan las quejas, peticiones, o reclamos y felicitaciones. Los buzones pueden ser públicos o privados.		
CANALES	Se refiere a los medios dispuestos por la E.S.E., para recibir las Peticiones, quejas, reclamos, Sugerencias y Denuncias Estos son: Buzones Correo electrónico Página web Redes sociales Dependencias asistenciales y administrativas Oficina SIAU		
DENUNCIA	Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético profesional. Es necesario que se indiquen las circunstancias de tiempo modo y lugar, con el objeto de que se establezcan responsabilidades. Se deberán atender en un máximo de quince (15) días hábiles.		
GESTOR DE PQRSD	Persona encargada de recibir, canalizar, gestionar y dar respuesta a los usuarios respeto a las Peticiones, quejas, reclamos, Sugerencias y felicitaciones		
PETICIÓN O DERECHOS DE PETICIÓN	Es aquel derecho que tiene toda persona para solicitar o reclamar ante las autoridades competentes por razones de interés general o interés particular para elevar solicitudes respetuosas de información y/o consulta y para obtener pronta resolución de las mismas.		
QUEJA	Es la manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones. Se resolverá en 15 días hábiles.		
RECLAMO	Comunicado que busca que la entidad revise algún aspecto de la prestación del servicio. Recibir: es registrar o radicar las PQRSD presentadas personalmente, por escrito, telefónicamente, o por vía electrónica, por cualquier persona, dejando constancia de la fecha y hora de presentación, el nombre del quejoso y/o petionario, su identificación y los demás datos que se consideren pertinentes para el caso. Se resolverán en un máximo de quince (15) días hábiles, exceptuando aquellas que ameriten un proceso disciplinario, los cuales serán remitidos al Grupo de Trabajo de Control Interno Disciplinario.		
SOLICITUD DE INFORMACIÓN PÚBLICA	Es un derecho que busca garantizar la posibilidad de llevar a cabo consultas sobre datos e información pública. Este derecho podrá ser limitado en los supuestos que contempla la Ley.		
SIAU	Sistema Integral de Atención al Usuario		
SUGERENCIA	Es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la entidad. Se atenderán en un máximo de quince (15) días hábiles.		
TRAMITAR	Es realizar el conjunto de acciones e interacciones que han de llevarse a cabo para dar a la PQRSD el curso que corresponde hasta su conclusión		

TRÁMITE		Es la gestión o diligenciamiento que se realiza para obtener un resultado, en pos de algo, o los formulismos necesarios para resolver una cosa. Habitualmente los trámites se realizan en las administraciones públicas y en menor escala en el sector privado; los mismos son de diversas índoles, el ciudadano tiene que hacer trámites en forma permanente para desenvolverse en una sociedad organizada, y es por ello que existen muchos organismos públicos creados a tal fin.				
USUARIO		Persona que utiliza un bien o servicio y esté generalmente es público.				
5. DEFINICIÓN DEL CICLO DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN CIRCULO DE CALIDAD						
Tipificaciones:						
P: Planear. 		H: Hacer. 		V: Verificar. 		A: Actuar. 
D.F.: Diagrama de flujo.						
6. Políticas de Operación						
6.1 Los tiempos de respuesta son: Toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones. 6.1.1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes. 6.1.2 Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción. 6.1.3 Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. 6.2 La apertura del Buzón se puede realizar al finalizar la jornada de trabajo por el profesional encargado del centro médico, tomando como evidencia el registro de video de todo el proceso de la apertura y conteo de la cantidad de PQRSD recibidas y envío posterior a la Coordinadora del Hospital sede la Mesa, con el respectivo soporte fotográfico escaneado de la PQRSD.						
7 RECURSOS						
ELECTRÓNICOS: Equipos de cómputo, escáner, fotocopadoras, unidad de almacenamiento, teléfonos, internet. Correos institucionales, página web. FÍSICOS: Espacios físicos, buzones en la Sede central, Centros y Puestos de Salud adscritos a la entidad. Mobiliario de oficina SOFTWARE DE INFORMACIÓN Dynamic Gerencial .NET-Historia clínica electrónica RECURSO HUMANO: Coordinador de Atención al Usuario-SIAU Auxiliares SIAU PAPELERÍA E INSUMOS: Carpetas, gancho legajador, lápices, esferos, tajalápiz, borradores, papel resma, cosedoras, ganchos de cosedoras.						
8 DOCUMENTOS RELACIONADOS Y ANEXOS AL PRESENTE PROCEDIMIENTO						
DOCUMENTOS RELACIONADOS DINÁMICA GERENCIAL .NET - Manual de Instrucciones Dynamic Gerencial. Net- Historia Clínica Electrónica SAAC-F-01.01: Formato acta apertura de buzón SAAC-F-01.03: Formato Radicación PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias. SAAC-F-01.06: Formato tirilla de seguridad para apertura de buzones SAAC-F-01.05: Formato remitente SC-20: Formato contestación PQRSD Matriz consolidación PQRSF Gobernación -Excel.						
9 EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN Y GESTIÓN DE PQRSD						
ACCIÓN	No	ACTIVIDAD	TAREA	PUNTO DE CONTROL	RESPONSABLE	REGISTRO
INICIO						

	1	Recibir y las PQRSD, que llegan a través de los diferentes canales de recepción presenciales y virtuales, del Hospital y de las diferentes sedes y centros de atención asociados	1. Registrar las solicitudes Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias realizados por parte de los peticionarios. Las Fuentes de Ingreso pueden ser: Atención personal (Correspondencia), Atención telefónica, ingreso vía aplicativo web, correo electrónico.	NO	Auxiliar o Referente encargado del Canal donde se recibe la queja.	Radicado en Matriz de Excel Matriz Consolidación PQRSD
	2	Validar y canalizar la información de las PQRSD	1. Validar que los datos registrados en la PQRSD sean los requeridos para poder dar una respuesta. 2. Clasificar las PQRSD registrados, determinando el área o dependencia al cual le compete la correspondiente la Gestión.	NO	Coordinador de Atención al usuario	Matriz Consolidada PQRSD
	3	Clasificar la información de las PQRSD recibida	1. Clasificar la información recibida por los diferentes canales, según su tipo: Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia o Denuncia y determinar si se puede dar respuesta inmediata al Peticionario o no. ¿Se da respuesta inmediata al peticionario? Si: Continúa con la Actividad No. 7 No: Continúa con la actividad 4.	SI	Gestor de PQRSD	Matriz de PQRSD Consolidada
	4	Redireccionar al proceso que corresponda la PQRSD	1. Redireccionar al proceso acorde al tipo de PQRSD de acuerdo con la política de operación No. 6.1.1 ¿Es competencia del Hospital? Si: Continúa con la Actividad No. 5 No. Continúa con la Actividad No. 7	SI	Gestor de PQRSD	Correo electrónico Institucional
	5	Programar la respuesta de la PQRSD oficial al peticionario	1. Programar la respuesta de la PQRSD por parte del proceso correspondiente al peticionario. ¿Requiere de revisión de la oficina Jurídica? Si: Continúa con la actividad No. 6 No. Continúa con la Actividad No. 7	SI	Coordinador SIAU	Correo electrónico
	6	Responder la PQRSD de la Oficina Jurídica.	1. Responder al peticionario la PQRSD por medio de correo electrónico con copia al proceso de Atención.	NO	Director jurídico o el que haga sus veces.	Correo electrónico
	7	Analizar los datos que provienen de la matriz consolidación PQRSD y encuesta de satisfacción	1. Analizar los datos provenientes de la matriz consolidación de las PQRSD. 2. Analizar los datos provenientes de la encuesta de satisfacción.	NO	Alta Gerencia	Informe de análisis de datos para toma de decisiones informadas. Encuesta de satisfacción.
	8	Tomar decisiones de acuerdo al informe de análisis de datos para toma de decisiones informadas.	1. Tomar decisiones informadas para la generación de planes de mejora para los servicios que presta el hospital.	NO	Alta Gerencia	Informe de analítica de datos

FIN

Proceso de Atención al Ciudadano Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN – RESPUESTA A PQRS

Esta encuesta está dirigida a los usuarios del Hospital Regional la Mesa, Cundinamarca que han interpuesto una petición, queja, reclamo, solicitud o denuncia, para verificar el grado de satisfacción con la respuesta dada a su PQRS. Agradecemos su participación para mejorar nuestro servicio.

1. Tipo de remitente:

Personal _____

Jurídica _____

2. Número de identificación

3. Nombres y apellidos:

4. Ciudad:

5. Correo electrónico:

6. Edad:

Marca solo una opción

_____ De 15 a 30 años

_____ De 31 a 45 años

_____ De 46 a 60 años

_____ Más de 61 años

7. El acceso y uso de los canales de comunicación para atender su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia fue:

Marca solo un ovalo

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

8. El tiempo de respuesta a su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia fue:

Marca solo una respuesta

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

9. La respuesta suministrada por el Hospital Regional Pedro León Álvarez Díaz para la solución de su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia fue:

Marca solo una respuesta

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

10. El grado de amabilidad con la que el funcionario atendió su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia fue:

Marca solo una respuesta

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

11. Según su experiencia ¿mediante qué canal es más fácil presentar su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia?

Marca solo una respuesta

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

12. ¿Considera que el conocimiento profesional del asesor para resolver su petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia es?

Marca solo una respuesta

Excelente _____

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

13. Mencione los aspectos que considera que podríamos tener en cuenta para mejorar la oportunidad en las respuestas.

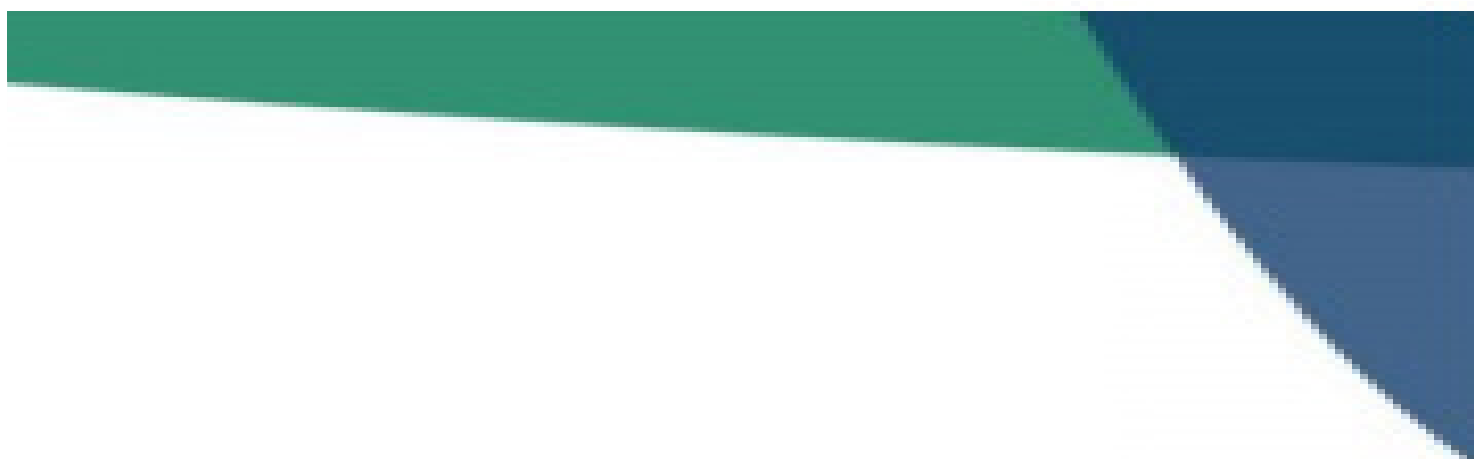
[illegible]

[illegible]



ÍNDICE

ÍNDICE

[illegible]

[illegible]



INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

MATRIZ PQRSD HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ

CÓDIGO:	
VERSIÓN:	1
FECHA DE EMISIÓN:	25/05/2021

ÍNDICE

A continuación se relacionan los nombres de las casillas y la instrucción de como se debe diligenciar.

NOMBRE DE CASILLA EN MATRIZ		INSTRUCCIÓN DE DILIGENCIAMIENTO
No.		Corresponde al número de registro de cada fila.
NUMERO DE RADICADO DE ENTRADA		Ingresa el número de radicado interno de la PQRSD.
FECHA DE SOLICITUD DE PQRSD DD/MM/AAAA		Se debe ingresar la fecha de la solicitud de la PQRSD.
FECHA DE RADICADO DE PQRSD (día hábil) DD/MM/AAAA		Diligenciar la fecha en que se asigna el número de radicado de la PQRSD.
FECHA MÁXIMA DE RESPUESTA DD/MM/AAAA		Este campo es automático y calcula la fecha máxima en que se debe dar la respuesta a la PQRSD. (Teniendo en cuenta los días hábiles)
FECHA REAL DE RESPUESTA DD/MM/AAAA		Se ingresa la fecha en que se dà la respuesta a la PQRSD.
DÍAS HABILES EN RESPUESTA		Este campo es automático y calcula los días hábiles entre la fecha de radicación y la fecha de respuesta. Cuando la PQRSD se pone en verde, cumple con los tiempos de respuesta y cuando queda en rojo es por que se sale de los tiempos de respuesta.
TIPO PQRSD		Por favor selecciones de la lista: P: Petición Q: Queja R: Reclamo S: Sugerencia F: Felicitación D: denuncia
MEDIO DE PRESENTACION DE LA PQRSD		seleccione de la lista el medio de presentación de la PQRSD: -Escrita -Personal -Redes sociales -Telefónica -Página web -Correo electrónico -Buzón
DATOS DEL PETICIONARIO (A)	APELLIDO / NOMBRE	En este campo, diligencie nombre y apellido del peticionario.
	TIPO DE DOCUMENTO	Elegir de la lista, el tipo de documento del peticionario: - Cédula de Ciudadanía - Cédula de Extranjería - Registro Civil - Tarjeta de Identidad - Pasaporte
	No. DE DOCUMENTO	Diligencie el número de documento del peticionario.
	DIRECCIÓN	Ingresa la dirección de residencia del peticionario.
	MUNICIPIO	Elegir de la lista el Municipio de residencia del peticionario: Agua de Dios, Albán, Anapoima, Anolaima, Arbeláez, Beltrán, Bituima, Bojacá, Cabrera, Cachipay, Cajicá, Caparrapí, San Antonio del Tequendama, Tena, El Colegio, Viotá, Apulo, Tocaima, Girardot, Quipile, Soacha, Bogotá, Otro - En caso de que en la lista no esté el municipio, por favor seleccionar "Otro" y diligenciar la siguiente casilla.
	EN CASO DE SER OTRO DIFERENTE A LA LISTA, DILIGENCIAR	En caso de que el Municipio de residencia del peticionario no se encuentre en la lista de la casilla anterior, por favor elegir la opción Otro y diligenciar esta casilla.
	CORREO ELECTRÓNICO	Ingresa el correo electrónico del peticionario.
	TELÉFONO(S) DE CONTACTO	Diligencie el número telefónico de contacto del peticionario.
	APELLIDO / NOMBRE	En este campo, diligencie nombre y apellido del afectado.
	TIPO DE DOCUMENTO	Elegir de la lista, el tipo de documento del afectado: - Cédula de Ciudadanía - Cédula de Extranjería - Registro Civil - Tarjeta de Identidad - Pasaporte

DATOS DEL AFECTADO (A)		No. DE DOCUMENTO	Diligencie el número de documento del afectado.
		REGIMÉN DE AFILIACIÓN	De la lista desplegable, elija el régimen de afiliación del afectado: - Contributivo - Subsidiado - Particular
		DIRECCIÓN	Ingresa la dirección de residencia del afectado.
		CORREO ELECTRÓNICO	Ingresa el correo electrónico del afectado.
		TELÉFONO(S) DE CONTACTO	Diligencie el número telefónico de contacto del afectado.
		RELACIÓN CON QUIEN PUSO LA QUEJA	De la lista, seleccione la relación que el afectado tiene con el peticionario: - Abuelo (a) - Acudiente - Amigo (a) - Cónyuge - Hermano (a) - Madre - Mismo Peticionario - Padre - Primo (a) - Sobrino (a) - Tío (a)
E.S.E., I.P.S. Ó CENTRO DE SALUD QUE RECIBE LA PQRSD		De la lista elija, el tipo de ente involucrado en la PQRSD: - E.S.E - IPS - Centro de salud	
NOMBRE INSTITUCIÓN DONDE SE ORIGINÓ LA PQRSD		De la lista elija, el nombre de la institución involucrado en la PQRSD: - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (La Mesa) - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (Puesto de Salud)	
MUNICIPIOS SEDE PRINCIPAL / CENTRO DE SALUD		De la lista, elija el Municipio de la Institución involucrada en la PQRSD: - La Mesa - Tena - Anapoima - Cachipay	
ENTIDAD OBJETO DE LA PQRSD		De la lista, elija el tipo de entidad objeto de la PQRSD: - IPS - EPS - Secretaría de Salud - Particular - Otros	
EN CASO DE SER IPS		En caso de ser IPS, de la lista elija, el nombre de la institución involucrado en la PQRSD: - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (La Mesa) - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (Puesto de Salud)	
DATOS DEL PRESTADOR	NATURALEZA	De los datos del prestador, Elija la naturaleza de la institución involucrada en la PQRSD: - Público - Privado - Mixto	
	NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	De los datos del prestador, Elija el nombre de la institución involucrada en la PQRSD: - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (La Mesa) - E.S.E HOSPITAL LA MESA PEDRO LEÓN ÁLVAREZ - (Puesto de Salud)	
	MUNICIPIO / VEREDA	De la lista, elija el Municipio de los datos del prestador del servicio de la Institución involucrada en la PQRSD: - La Mesa - Tena - Anapoima - Cachipay	
DESCRIPCION BREVE DE LA PQRSD		Diligencie de manera breve la descripción de la PQRSD.	
AREA DEL SERVICIO		De la lista desplegable, elija el área de servicio involucrado en la PQRSD: Laboratorio clínico, Radiología e imágenes diagnósticas, Urgencias, Hospitalización, Medicina Interna, Sala de Partos, Ginecología, Pediatría, Quirúrgicos, Rehabilitación, Administrativos (call center, facturación, caja, etc..), Consulta de Ortopedia, Consulta de Otorrinolaringología, Consulta Cirugía General, Consulta de Nutrición.	
EJES TEMÁTICOS		Elija de la lista desplegable, el eje temático correspondiente a la PQRSD: - Continuidad - Oportunidad - Pertinencia - Seguridad - Humanización - Otras_Administrativas	
CLASIFICACIÓN DE LA PQRSD		Elija de esta lista la clasificación de la PQRSD, que va ligada a cada eje temático de manera automática.	
	MEDIO DE NOTIFICACIÓN DE RESPUESTA UTILIZADO	Por favor ingrese el medio por el que se notifica la respuesta de la PQRSD. - Escrita - Personal	

RESPUESTA AL PETICIONARIO	NÚMERO DE RADICADO DE RESPUESTA	Ingrese el número del radicado interno para las respuestas.
	NOMBRE DE QUIEN EMITIO LA RESPUESTA	Ingrese el nombre del funcionario que emite la respuesta a la PQRSD.
	CARGO DE QUIEN EMITIÓ LA RESPUESTA	Ingrese el cargo del funcionario que emite la respuesta.
RESULTADO FINAL DE LA PQRSD	CERRÓ (Falta de información del petionario)	Diligencie con una X cuando se cierra la PQRSD por falta de información.
	TRASLADO	Por favor marque con una X cuando se realiza traslado de la PQRSD, hacia otra entidad o EPS por competencia.
	RESUELTA	Por favor marque con una X cuando la PQRSD sea resuelta.
RESARCIMIENTO AL USUARIO		En este campo indique de que manera se realiza el resarcimiento al usuario, Ejm: Informando sobre respuesta al requerimiento.
OBSERVACIONES		Incluya las observaciones correspondientes que no se puedan ingresar en los caampos anteriores de la matriz.

ÍNDICE

No.	CLASIFICACIÓN	EJES
1	Entrega incompleta de exámenes	Continuidad
2	Demora en el suministro de alimentos en urgencias y hospitalización	Oportunidad
3	Demora en la atención al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atención.	Oportunidad
4	Demora en la atención de los servicios de radiología, lab clínico, Banco de sangre	Oportunidad
5	Demora en la atención en cirugía ambulatoria.	Oportunidad
6	Demora en la atención en consultorio por falta de suministro de historia clínica.	Oportunidad
7	Demora en la entrega de resultados: lab.clínico, rx,gastro, cardio,neumo, orl,etc.	Oportunidad
8	Demora en la práctica de actividades clínicas a pacientes hospitalizados: exámenes, interconsultas, procedimientos,etc.	Oportunidad
9	Demora en la programación de cirugía: Ambulatorias y de hospitalización.	Oportunidad
10	Demora en resolución de patología del paciente hospitalizado o en urgencias	Oportunidad
11	Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de epicrisis, certificados de defunción, nacido vivo etc.	Oportunidad
12	Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta,apertura de historia clínica, etc	Oportunidad
13	Incumplimiento en el horario de atención al público en áreas de la institución.	Oportunidad
14	Demora en hospitalización de pacientes por disponibilidad de camas.	Oportunidad
15	Demora en la autorización de la EPS	Oportunidad
16	Reclamo cuyo argumento del usuario es que no desea ser atendido por personal de entrenamiento.	Pertinencia
17	Inconvenientes para el ingreso a los servicios por temas de vigilancia.	Accesibilidad
18	Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.	Accesibilidad
19	Demora en la atención de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.	Accesibilidad
20	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de la citas: call center, gastro, neumo, Rx, cardiología, etc.	Accesibilidad
21	No atención por parte del médico con el cual se asigno la cita.	Accesibilidad
22	No atención de citas programadas para consulta, exámenes, procedimientos, de consulta externa y radiología.	Accesibilidad
23	Dificultad para acceder servicio por encontrarse pendiente pago de deuda con la institución	Accesibilidad
24	Dificultad para acceder a los servicios por causas ajenas a la institución.	Accesibilidad
25	caída de pacientes hospitalizados y / o en urgencias.	Seguridad
26	Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	Seguridad
27	Falta de insumos y / o elementos médicos y / o quirurgicos para obtener atención,o elementos suministrados de mala calidad.	Seguridad
28	Pérdida de elementos personales del usuario.	Seguridad
29	Pérdida de placas de radiología u otros exámenes	Seguridad
30	Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	Seguridad