

	<b>FORMATO</b>	<b>VERSION: 3</b>
		<b>CODIGO: P-SI-AU-01</b>
<i>PROCEDIMIENTO RESPUESTA PQRSDF</i>		<b>FECHA: 17/05/2022</b>

**OBJETIVO:** Establecer una herramienta del Sistema de Garantía de la Calidad de la Empresa que persigue la mejora continua de los servicios ofertados por la misma y la comunicación con sus clientes/usuarios y la medida de los niveles de satisfacción.

**ALCANCE:** Inicia con el diligenciamiento de los formatos (PQRSDF), el Usuario depositara la manifestación de la idea o propuesta para mejorar el servicio de la entidad. Termina con el envío de la respuesta, o en caso contrario se coloca en cartelera, diligenciada la cual debe ser remitida a los servicios.

**NORMATIVIDAD:**

- Constitución Política de 1990, art. 2,20
- Ley 190/95. Artículos. 48,49,51
- Ley 790/2002. Gobierno en línea
- Ley 850/2003. Veedurías ciudadanas
- Ley 962/2005. Trámites y facilidades de acceso a los Servicios de las entidades Públicas.
- Ley 1755 de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones inmediato cumplimiento, se requiere la solución de las PQR. Artículo 20.
- Circular externa 08 de la Superintendencia Nacional de Salud, del 14 sept 2018

**DEFINICIONES:**

- **QUEJA:** son manifestaciones de no conformidad del usuario o de cualquier ciudadano entorno a los servicios de salud ofrecidos por la ESE.
- **RECLAMO.** Implica un elemento adicional a la queja, cuando el usuario no queda satisfecho con la respuesta dada inicialmente o cuando la organización le adeuda algún elemento de acuerdo con sus expectativas.
- **REGISTRO:** Es la acción de llevar un registro de las labores que se realizan con respecto a la recepción de las peticiones de los usuarios, de las actividades y de las novedades.
- **RESPUESTA:** Sea verbal o escrita es la aclaración y/o solución de una situación que ha inquietado o dejado insatisfecho al usuario.
- **SATISFACCIONES:** Cuando hay una superación de la expectativa del usuario esto le anima a expresarse.
- **SUGERENCIA:** Se da cuando el usuario quiere un cambio en el proceso porque este no le satisface porque cree que hay una forma de hacerlo mejor, espera un nuevo servicio o una nueva forma de recibirlo. Se considera una posición positiva.
- **DENUNCIA:** Manifestación mediante la cual se pone en conocimiento una posible irregularidad por parte de un funcionario, relacionado con la extralimitación de funciones.
- **PQR CON RIESGO DE VIDA:** Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.

***Este es un documento institucional, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad***

➤ **TRATO DIGNO A LOS USUARIOS:** Todas las personas que requieren servicios de salud se encuentran en un menor o mayor grado de vulnerabilidad y gozan del total amparo de este Derecho Fundamental. Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las EAPB e IPS, que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales de salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acuden a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada, dicho trato debe cumplir como mínimo, con las siguientes características:

1. Atención focalizada, ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios.
2. Solución de fondo a las solicitudes de atención en salud, ya sea prestadas directamente o a través de terceros, brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, para satisfacer íntegramente la necesidad planteada por el usuario.
3. Dar un trato humanizado, con observancia del respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente. Brindar atención preferencial al adulto mayor, a los niños, niñas, a las personas en condición de discapacidad, a las mujeres gestantes y en general demás personas que, debido a sus condiciones particulares, requieran en un momento determinado atención especial como las personas en etapa de postoperatorio o evidente o manifiesto estado de debilidad.
4. Capacitar por lo menos una vez al año a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios sobre el tema de trato digno, derechos y deberes de los usuarios en salud y garantizar que ningún trabajador ingresa al servicio de atención al Usuario sin la debida capacitación e idoneidad. Las entidades deberán garantizar que el 100% de los funcionarios encargados de la atención a los usuarios por los diferentes canales de atención, hayan recibido dicha capacitación.

**Multicanales de atención al usuario:**

**LÍNEAS DE ASIGNACIÓN DE CITAS**

**Citas vía telefónica** 3046006109

**Citas vía Whatsapp** 3046006115

**Atención al usuario SIAU** 3046006148

**Referencia y Contrareferencia** 3046006123

**Correo Electrónico**  
citas@cribsaludmental.gov.co

**Horario de atención en nuestra sede:**  
Lunes a Sábado  
**7:00 a.m. - 5:00 p.m.**

**Km 1 vía Soracá**  
**Barrio San Francisco**

**CRiB** E.S.E. Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá

Avanzamos por la salud mental de Boyacá



FORMATO

VERSION: 3

CODIGO: P-SI-AU-01

PROCEDIMIENTO RESPUESTA PQRSDF

FECHA: 17/05/2022

## DESARROLLO

ENTRADA	ACTIVIDADES/ RESPONSABLE	SALIDA (PRODUCTO)	RESPONSABLE	FORMATOS / DOCUMENTOS UTILIZADOS	RIESGOS IDENTIFICADOS
Lineamientos del comité PQSDF	1. Programación de apertura de buzón de PQRSDF, realiza semanalmente.	Cronograma de apertura	Líder de atención al usuario	Cronograma de apertura de buzones	N/A
Cronograma de apertura	2. Apertura de Buzón, con el acompañamiento de los delegados del comité de PQRSDF, se verifica el número de folios encontrados; se lee y consigna en el acta de apertura el listado de la totalidad de las sugerencias, quejas, reclamos, felicitaciones, encontradas en cada buzón.	Acta de apertura de Buzón; PQRSDF	Coordinador de atención usuario/ delegados comité/ usuario	F-SI-AU-06 Formato acta de apertura de buzones	N/A
Acta de apertura de Buzón; PQRSDF	3. Consigne en la matriz compartida el condensado de PQRSDF encontradas,	Matriz de seguimiento diligenciada	Líder de atención al usuario	Matriz de seguimiento PQRSDF F-PS-AU-003 CONSOLIDADO PQRSDF	N/A
Matriz de seguimiento diligenciada	4. Investigación y Respuesta a PQRSDF. Se suben a la matriz Con un plazo máximo de 5 días hábiles posterior a la apertura del buzón, el grupo de investigación tiene un plazo máximo de 3 días para dar respuesta.	Respuesta PQRSDF	Gerente / Líder de atención al usuario / Líder de proceso	Matriz de seguimiento PQRSDF	Tardanza en la respuesta oportuna de las PQRSDF a los usuarios que puede traer como consecuencia la apertura de un proceso disciplinario, debido a demoras de tipo procedimental y/o olvido por parte de los funcionarios.
Respuesta PQRSDF	6. Se realiza el plan de mejora según sea el caso	Plan de mejora	Líder de atención al usuario personal Involucrado	F-EC-AI-07 Formato plan de mejoramiento y seguimiento	Posibilidad de que las acciones de mejora generen reprocesos administrativos por contener acciones que no lleven a

**Este es un documento institucional, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad**



FORMATO

VERSION: 3

CODIGO: P-SI-AU-01

PROCEDIMIENTO RESPUESTA PQRSDF

FECHA: 17/05/2022

					soluciones de fondo debido a un análisis superficial de las PQRSDF
Respuesta PQRSDF - Plan de mejora	7. Dar respuesta al quejoso en los tiempos establecidos por la normatividad vigente, vía mail, correo certificado, personalmente.  <b>EDICTO EN LOS SIGUIENTES CASOS.</b> Si el requerimiento no tiene datos de identificación, se publica la respuesta en el sistema y en las carteleras durante 10 días hábiles	Respuesta al quejoso	Líder de atención al usuario/ subgerente científico / subgerente administrativo y financiero	Respuesta al quejoso	Tardanza en la respuesta oportuna de las PQRSDF a los usuarios que puede traer como consecuencia la apertura de un proceso disciplinario, debido a demoras de tipo procedimental y/o olvido por parte de los funcionarios.
Respuesta PQRSDF - Plan de mejora - informe de PQRSDF	8. En el comité de PQRSDF se realiza el seguimiento a: número de casos, planes de mejoramiento y se cierran los planes de mejora.	Acta de comité	Miembros del comité.	Formato acta de reunión	

## PUNTOS DE CONTROL ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO PARA MITIGAR RIESGOS

De acuerdo a los riesgos identificados, se deben establecer puntos de control en las actividades que el líder de proceso considere pertinente con el fin de prevenir la materialización del riesgo

N°	Riesgo	Acción	RESPONSABLE
1	Tardanza en la respuesta oportuna de las PQRSDF a los usuarios que puede traer como consecuencia la apertura de un proceso disciplinario, debido a demoras de tipo procedimental y/o olvido por parte de los funcionarios.	El asesor de Calidad verifica que todas las PQRSDF estén cargadas en DRIVE dispuestos para tal fin	Asesor de Calidad
		El profesional Universitario en salud (trabajador social) verificar que todas las respuestas a las PQRSDF se den en los tiempos establecidos por la norma mediante correo electrónico.	Trabajador social
2	Posibilidad de que las acciones de mejora generen reprocesos administrativos por contener acciones que no	El comité de PQRSDF verifica cada una de las acciones de mejora establecidas en el plan	Comité de PQRSDF

**Este es un documento institucional, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad**

	<b>FORMATO</b>	<b>VERSION: 3</b>
		<b>CODIGO: P-SI-AU-01</b>
<i>PROCEDIMIENTO RESPUESTA PQRSDF</i>		<b>FECHA: 17/05/2022</b>

	lleven a soluciones de fondo debido a un análisis superficial de las PQRSDF		
--	---	--	--

**CONSIDERACIONES ESPECIALES:**

**REFERENCIAS DOCUMENTALES**

**ANEXOS**

Formatos F-PS-AU-003 CONSOLIDADO PQRSDF

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Blanca Nubia Vásquez Moreno <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 19/01/2021	<b>Nombre:</b> Mónica Fernanda Cárdenas Hurtado <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 19/01/2021	<b>Nombre:</b> Zulma Cristina Montaña Martínez <b>Cargo:</b> Gerente <b>Fecha:</b> 19/01/2021

**CONTROL DEL DOCUMENTO**

<b>MODIFICACIONES</b>						
<b>VERSION ANTERIOR</b>	<b>NUEVA VERSION</b>	<b>FECHA CAMBIO</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMBIO</b>	<b>ELABORO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBO</b>
	1	19/01/2021	Creación del documento	Blanca Nubia Vásquez Moreno	Mónica Fernanda Cárdenas Hurtado	Zulma Cristina Montaña Martínez
	2	12/04/2021	Nueva versión	Diego Fernando Rivera Castro	Blanca Nubia Vásquez Moreno	Zulma Cristina Montaña Martínez
	3	17/05/2022	Actualización	Diego Fernando Rivera Castro	Andrea Katherine Mejía Ulloa	Zulma Cristina Montaña Martínez

**LOCALIZACION DEL DOCUMENTO**

<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>COPIAS</b>	<b>UBICACIÓN</b>
<b>F-CMC-CA-02</b>	INSTRUCTIVO ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO	ORIGINAL	Oficina de Calidad
<b>F-CMC-CA-02</b>	INSTRUCTIVO ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO	COPIA CONTROLADA	Sistema de Consulta MIPG

*Este es un documento institucional, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad*