

SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LAS PQR – SIAU

LISTA DE CHEQUEO

OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO: Verificar y validar la oportunidad y calidad de la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF y, el cumplimiento de los requisitos legales, políticas y procedimientos establecidos para la escucha activa al usuario en la ESE Hospital La María, en los períodos definidos en el alcance y conforme a la normatividad vigente.

ALCANCE: La verificación del cumplimiento se hará sobre el funcionamiento del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU en el período PRIMER TRIMESTRE DE 2025, acumulado para la vigencia 2025 y comparativo con vigencias anteriores.

MARCO NORMATIVO:

- ✓ Decreto 1011 de 2006. SOGCS
- ✓ Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción, PTEE, SIAU. Artículos 73 y 76.
- ✓ Decreto Ley 19 de 2012. Antitrámites.
- ✓ Ley 1712 del 2014. Ley de transparencia y del derecho de acceso a la Información
- ✓ Resolución 256 de 2016. SIC
- ✓ Decreto 1499 de 2017. MIPG: Dimensiones y políticas
- ✓ Resolución 2063 de 2017. PPSS
- ✓ Circular Externa 008 de 2018. SNS
- ✓ Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023. SNS. Términos PQRSDF
- ✓ Circular Externa 20211700000004-5 de 2021. SNS. Sistema integrado de riesgos SIR.

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1. Verificación de caracterización del proceso e identificación de procedimientos, “Ventanilla hacia adentro y Ventanilla hacia afuera”, mínimamente de: a. Gestión de la información y orientación al usuario b. Gestión de PQRSDF c. Medición de la satisfacción del usuario d. Participación social en salud				
2. Revisión Gestión de la Información y orientación al usuario. Esta verificación se aplica con una ronda de inspección por las oficinas del SIAU existentes para los canales presenciales, y realizando pruebas de funcionamiento a los demás canales. a. Canales de atención directos e indirectos: i. Directos: presencial, buzones, página web, correo electrónico, telefónico, encuesta de satisfacción.				

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
ii. Indirectos: físico radicado en gestión documental, asociación de usuarios, comité de ética, otros grupos y comités, áreas o servicios. b. Clasificación y definición de las manifestaciones: c. Horario de atención. d. Sistema de turnos si aplica. e. Software o mecanismo para radicación si aplica. f. Indicadores: Funcionamiento y disponibilidad (%) de los canales de atención, oportunidad en la atención, etc.				
3. Revisión de la Gestión de manifestaciones a. Clasificación y tipificación de las manifestaciones: PQRSFD b. Tiempos de respuesta definidos c. Software o mecanismo para radicación si aplica. d. Indicadores: oportunidad en la respuesta, calidad de la respuesta, índice de reclamaciones y quejas, índice combinado de satisfacción,				
4. Revisión del Monitoreo de la satisfacción del usuario a. Definición de la muestra: universo, periodicidad b. Indicadores: % satisfacción global, % recomendaría.				
5. Revisión procedimiento Participación social en salud a. Plan de acción de la política pública de participación social b. Asociación de usuarios: i. Plan de trabajo ii. Actas de reunión iii. Rendición de cuentas iv. Informe de participación en otros espacios normativos: Junta directiva, COPACO, CTSSS v. Informe de actividades y seguimiento al plan de trabajo c. Comité de ética hospitalaria:				

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
i. Plan de trabajo ii. Actas de reunión iii. Informe de actividades iv. Seguimiento al plan de trabajo. d. Implementación Dimensiones y Políticas de MIPG. e. Participación en comités, grupos y otros espacios (GMSUA, PAMEC). f. Articulación con Calidad, Planeación, Jurídica, Ente Territorial, Conglomerado MIPG, etc. g. Implementación de planes de mejora para subsanar hallazgos de auditorías y observaciones de informes. h. Seguimiento a planes de mejora. i. Indicadores: % cumplimiento del PA de la PPPS, del CEH, de la AUSHLM, oportunidad entrega de informes y reportes normativos, todos con sus evidencias.				

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
00	Creación del documento	02/05/2023
01	Se adicionan y ajustan los indicadores en los cinco criterios; en el criterio 5 se adicionó: Implementación Dimensiones y Políticas de MIPG, Participación en comités, grupos y otros espacios (GMSUA, PAMEC), Articulación con Calidad, Planeación, Jurídica, Ente Territorial, Conglomerado MIPG, etc., Implementación de planes de mejora para subsanar hallazgos de auditorías e informes, Seguimiento a planes de mejora, Indicadores: % cumplimiento del PA, del CEH, de la AUSHLM, oportunidad entrega de informes y reportes normativos.	25/03/2024

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Sandra María Guerra Zapata Asesora de Apoyo Oficina de Control Interno	Juan Carlos Barreiro Jefe Oficina de Control Interno	Juan Carlos Barreiro Jefe Oficina de Control Interno