

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E<br>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA<br>NIT. 891.900.343-6 | Código:<br>F 04-POE 01-PC CE |
|   |  | Versión: 01                  |
|   | PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION<br>AUDITORIAS INTEGRALES                                   | TDR: 110-29-46               |
|   | INFORME DE SEGUIMIENTO   | Página 1 de 8                |

| INFORME OFICINA DE QUEJAS, SUGERENCIA Y RECLAMOS  |                        |                           |                           |
|---|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| INFORME CI: 01  |                        | Período:                  | Enero – Diciembre de 2018 |
| Elaboró:  | Viviana Álvarez Rincón | Asesor de Control Interno | Fecha: 03 Enero 2019      |
| <p style="text-align: center;"><b>INTRODUCCION</b></p> <p>En razón al cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de Julio 12 de 2011 la oficina Asesora de Control Interno presenta el informe consolidado del periodo entre Enero y Diciembre de 2018 del proceso de peticiones quejas, reclamos y sugerencias, presentadas en lo transcurrido de la vigencia haciendo un análisis de la base de datos suministrada por la oficina de SIAU con el fin de hacer seguimiento y revisión continua y comprobar si los procesos de PQR se les están dando la solución y respuesta oportuna.</p> <p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO</b></p> <p>Verificar el cumplimiento de la artículo 76 de la Ley 1474 de Julio 12 de 2011</p> <p style="text-align: center;"><b>ALCANCE</b></p> <p>Seguimiento y revisión continúa con el fin de comprobar si los procesos de PQRS se les dieron la solución y respuesta oportuna en la vigencia del Año 2018.</p> <p style="text-align: center;"><b>MAPA DE PROCESOS</b></p> <p>El Hospital Departamental San Antonio cuenta con un Manual de Procesos de PQRS para el registro de la información y la política de comunicación Institucional; la oficina del SIAU es la dependencia que sirve de enlace entre la comunidad y la institución, pues es la encargada de realizar el seguimiento a las respuestas a las PQRS que se presenten por los diferentes medios como son : Ventanilla Única, los buzones de sugerencias, Link en la página WEB del Hospital, encuestas directas a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados y línea telefónica.</p> <p style="text-align: center;"><b>ANALISIS DE INDICADOR</b></p> <p style="text-align: center;">PROCESO: SIAU PERIODO EVALUADO:</p> <p style="text-align: center;"><u><b>ANALISIS DE RESULTADOS</b></u></p> |                        |                           |                           |

|   |   |  |                              |
|---|---|--|------------------------------|
|  | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b><br><b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b><br><b>NIT. 891.900.343-6</b> |  | Código:<br>F 04-POE 01-PC CE |
|   | <b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b><br><b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>  |  | Versión: 01                  |
|   | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>   |  | TDR: 110-29-46               |
|   |   |  | Página 2 de 8                |

| NOMBRE INDICADOR                | FORMULA  | PERIODICIDAD | RESULTADO     | RANGO<br>ACEPTABLE                               |
|---------------------------------|--|--------------|---------------|--|
| Proporción de respuesta a PQRS. | <u>Quejas y reclamos</u><br><u>Gestionados 38 X100</u><br>Quejas y Reclamos<br>Recibidos 42                    | Mensual      | <b>90,47%</b> | Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación |
| Análisis de sugerencias         | <u>N° de sugerencias</u><br><u>recibidas analizadas</u><br><u>94X100</u><br>N° de sugerencias<br>recibidas 105 | Mensual      | <b>90%</b>    | 90 - 100%  |
| Nivel de satisfacción global    | <u>N° de usuarios</u><br><u>satisfechos en las</u><br><u>encuestas 3427 X 100</u><br>N° de encuestados<br>3767 | Trimestral   | <b>90,97%</b> | 90 - 100%  |

#### Indicador 1: Proporción de respuesta PQRS.

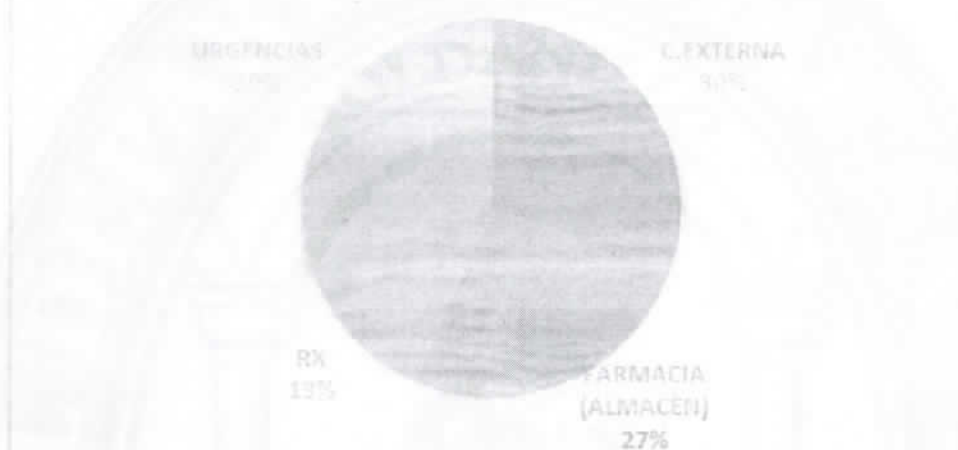
La meta de este indicador es de 90 - 100% el resultado obtenido en el Año 2018 fue del 90,47%, **RESULTADO QUE CUMPLE** con la meta establecida. A las demás PQRS se les dio respuesta oportuna con un término no mayor de 15 días. En el Año 2018 se gestionaron 38 PQRS.

Los servicios que obtuvieron más de 3 PQRS durante el 2018 fueron: Consulta externa con 9, Farmacia 8, RX 4 y Urgencias 9.





### CONSOLIDADO DE PQRS 2018



#### Indicador 2: Análisis de sugerencias

El resultado obtenido de este indicador en el Año 2018 fue de 90% resultado que cumple con la meta establecida para el año que es de 90 - 100%. Sin embargo, se observa una disminución en las sugerencias con respecto al año anterior.

### COMPARATIVO SUGERENCIAS



Handwritten signature



### Indicador 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el año 2018 se cumplió con el 90,97% estando dentro del rango aceptable de calificación. Se realizaron un total de 3767 encuestas, arrojando un total de 3427 usuarios satisfechos, Se cuantifica un 6% de insatisfacción promedio en los usuarios discriminados en los siguientes servicios:

| CONSOLIDADO DE ENCUESTADOS, SATISFECHOS E INSATISFECHOS |                         |                         |     |                           |    |
|---|-------------------------|-------------------------|-----|---------------------------|----|
| CONSOLIDADO AÑO 2018                                    |                         |                         |     |                           |    |
| UNIDAD FUNCIONAL  | USUARIOS<br>ENCUESTADOS | USUARIOS<br>SATISFECHOS |     | USUARIOS<br>INSATISFECHOS |    |
|   | #                       | #                       | %   | #                         | %  |
| ODONTOLOGIA   | 101                     | 99                      | 98% | 2                         | 2% |
| URGENCIAS   | 604                     | 466                     | 77% | 37                        | 6% |
| INTERNACIÓN   | 207                     | 193                     | 93% | 14                        | 7% |
| CIRUGIA   | 160                     | 156                     | 98% | 6                         | 4% |
| LABORATORIO   | 800                     | 751                     | 94% | 47                        | 6% |
| REHABILITACIÓN  | 376                     | 373                     | 99% | 8                         | 2% |
| P Y P   | 814                     | 738                     | 91% | 76                        | 9% |
| C.EXTERNA   | 640                     | 616                     | 96% | 24                        | 4% |
| RX  | 65                      | 35                      | 54% | 5                         | 8% |
| TOTAL   | 3767                    | 3427                    | 91% | 219                       | 6% |

Cuadro comparativo de índice de satisfacción años 2016, 2017, 2018:

| SERVICIO       | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------|------|------|------|
| ODONTOLOGIA    | 99%  | 99%  | 98%  |
| URGENCIAS      | 79%  | 91%  | 77%  |
| INTERNACIÓN    | 91%  | 99%  | 93%  |
| CIRUGIA        | 95%  | 100% | 98%  |
| LABORATORIO    | 97%  | 99%  | 94%  |
| REHABILITACIÓN | 98%  | 99%  | 99%  |
| P Y P          | 95%  | 94%  | 91%  |
| C.EXTERNA      | 94%  | 95%  | 96%  |
| RX             | 90%  | 100% | 54%  |





Cuadro comparativo de índice de insatisfacción años 2016 – 2017 – 2018

| SERVICIO       | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------|------|------|------|
| ODONTOLOGIA    | 0%   | 1%   | 2%   |
| URGENCIAS      | 16%  | 9%   | 6%   |
| INTERNACIÓN    | 9%   | 1%   | 7%   |
| CIRUGIA        | 5%   | 0%   | 4%   |
| LABORATORIO    | 3%   | 1%   | 6%   |
| REHABILITACIÓN | 1%   | 1%   | 2%   |
| P Y P          | 5%   | 6%   | 9%   |
| C.EXTERNA      | 6%   | 5%   | 4%   |
| RX             | 9%   | 0%   | 8%   |



### PORCENTAJE DE INSATISFACCION



Los resultados de las encuestas están descritos en la carpeta de calidad PIN 2018 SIAU.

#### DEBILIDADES

1. Se continúa evidenciando que los usuarios dan poca utilización de la página web para reportar las PQRS.
2. Poca utilización de los Buzones de Sugerencias.
3. Falta de compromiso de los funcionarios para dar respuesta oportuna dentro de los tiempos establecidos

#### FORTALEZAS

1. Se cuenta con Ventanilla Única, Oficina del SIAU y demás servicios que tienen la obligación de realizar la recepción de PQRS.
2. El perfil de la Líder del SIAU ha favorecido el manejo de las PQRS.
3. Respuestas oportunas a la gran mayoría de las PQRS.

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
|  | HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E<br>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA<br>NIT. 891.900.343-6 |  | Código:<br>F 04-POE 01-PC CE |
|   | PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION<br>AUDITORIAS INTEGRALES                                   |  | Versión: 01                  |
|   | INFORME DE SEGUIMIENTO   |  | TDR: 110-29-46               |
|   |  |  | Página 7 de 8                |

4. Se realiza seguimiento de parte de la Oficina de Control Interno al proceso para recepción y registro de la información que es suministrada por las siguientes fuentes:

- 6 buzones de sugerencias.
- Link en la página WEB del Hospital.
- Encuestas directas a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados.
- Línea telefónica y oficina Siau con un Líder de Proceso que da atención personalizada y recepciona algunas peticiones, necesidades, o reclamos que presentan los usuarios.
- Ventanilla Única y demás servicios que recepcionan todas las peticiones, quejas o reclamos que presentan los usuarios.

#### RECOMENDACIONES.

1. Realizar clasificación de la QPRS en: queja, reclamo, sugerencia, comentarios positivos, consultas.
2. Relación de derechos de petición.
3. Relacionar el medio de recepción: Teléfono, página web, personal, buzón de sugerencias y Email.
4. Reportar a Control Interno Disciplinario la falta de respuesta a una PQRs por parte de un funcionario.
5. Continuar con el reforzamiento de las políticas en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
6. Recordar a los funcionarios la importancia de dar cumplimiento a la normatividad en la oportunidad de respuestas a las PQRs.
7. Relacionar la oportunidad de respuestas de las PQRs.
8. Reporte en la página Web de todos los informes que le interesen al cliente interno y externo.
9. Solicitar los Planes de mejoramiento al proceso o al funcionario implicado en una queja.

#### CONCLUSIONES

Dentro de los objetivos principales que se han tenido durante la vigencia del 2018 han sido



|   |   |  |                   |
|---|---|--|-------------------|
|  | <b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> |  | Código:           |
|   | <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b>             |  | F 04-POE 01-PC CE |
|   | NIT. 891.900.343-6                              |  | Versión: 01       |
|   | <b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b>      |  | TDR. 110-29-46    |
|   | <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>                    |  |                   |
|   | <b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>                   |  | Página 8 de 8     |

dar respuestas oportunas e identificar nuevas alternativas para que los usuarios utilicen los medios como la pagina Web, buzones, y las encuestas para que participen activamente en el programa de las PQRS con el fin de buscar e identificar debilidades o/y oportunidades claras de mejora para los procesos institucionales y misionales del Hospital.

La oficina Asesora de Control Interno concluye que el Sistema de Quejas y Reclamos del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo en la vigencia 2018 ha cumplido con el marco Normativo y misional de la Institución con respecto a su respetiva competencia.



**Elaboró:** Viviana Álvarez Rincón  
**Cargo:** Asesora de Control Interno



**Revisó:** Mauricio Saldarriaga Vinasco  
**Cargo:** Gerente

Fecha: 03 Enero 2019.