	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 1 de 21

FORMATO INFORME DE GESTIÓN

INFORME DE GESTIÓN SIAU – II TRIMESTRE AÑO 2024.

1. DATOS GENERALES

A. NOMBRE DEL FUNCIONARIO

RESPONSABLE DEL INFORME HAROLD ANDRES MAGURNO CISNEROS

B. CARGO


COORDINADOR SIAU

C. FECHA DE CORTE DEL INFORME

04/01/2024


D. FECHA DE INICIO DE LA GESTIÓN

29/06/2024

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 2 de 21

2. TABLA DE CONTENIDO

1. DATOS GENERALES	1
2. TABLA DE CONTENIDO	2
3. INTRODUCCIÓN	3
4. OBJETIVO GENERAL:	4
4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	4
5. DESARROLLO DEL INFORME:	5
5.1 ATENCION Y ORIENTACION AL USUARIO:	5
5.2 TRÁMITE Y GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (PQRSDF).	8
PROPORCIONALIDAD DE LAS PQRSDF:	10
CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024 EN CADA SEDE Y SEGÚN SU NATURALEZA:	11
ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:	13
5.3 COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2024.	14
NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A JUNIO DE 2024.	16
PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024:	18
5.4 OTRA GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO SIAU: ...	19
6. CONCLUSIONES	19

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 3 de 21


3. INTRODUCCIÓN

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde la misma Constitución Política Nacional, otras como la Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994, Decreto 1011 de 2006 y muy específicamente a la Ley 1474 de 2011 que se refiere al Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Atención al Usuario tiene desde su hacer, un enfoque de atención centrado en el usuario, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad Institucional y de la legislación vigente, el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios para articular los recursos propios, los existentes en el sistema y activar las redes de apoyo institucionales.

La Empresa Social del Estado Departamental Moreno y Clavijo ha implementado herramientas de apoyo para mejorar la prestación de Servicios de Salud, la cual toma como fuente la información obtenida de las manifestaciones expresadas por los usuarios, su familia y/o partes interesadas, siendo estas presentadas como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias o Felicitaciones. Esta herramienta es el Sistema de Información y Atención al Usuario-SIAU.

El presente informe es realizado con la información recolectada en el acompañamiento adelantado al personal de cada IPS que hace parte de entidad.

En el describe y relaciona los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por dicho personal en periodo del mes de Abril y Junio del año 2024.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 4 de 21

4. OBJETIVO GENERAL:

Informar sobre la gestión realizada desde área SIAU, en el periodo comprendido entre Abril y Junio del año 2024.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Desarrollar las actividades planteadas por el área SIAU, en cada una de las dependencias donde se hace presencia.
- ✓ Registrar las capacitaciones y/o encuestas a los usuarios de la entidad.
- ✓ Atender de manera oportuna las PQRSDf.
- ✓ Registrar y analizar el comportamiento de las PQRSDf.
- ✓ Medir la satisfacción del usuario.

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 5 de 21

5. DESARROLLO DEL INFORME:

El procedimiento SIAU se materializa en las oficinas de Atención del Usuario en cada uno de los Hospitales y Centros de Salud de la Red hospitalaria de la ESE, lugar donde se promueven y desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios en el contexto del respeto por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- El acompañamiento y soporte de la Asociaciones de Usuarios de la Salud de la Red Hospitalaria ESE Moreno y Clavijo.
- Fomento de espacios de participación.
- Búsqueda activa de los Eventos Adversos.
- Despliegue del procedimiento de SIAU en las Áreas y servicios, inducción al personal, Re inducción en jornadas de calidad, entre otras.


El procedimiento SIAU está conformado por tres grandes actividades:

1. Atención y Orientación al Usuario.
2. Trámite y Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.
3. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

5.1 ATENCION Y ORIENTACION AL USUARIO:

La actividad Atención y Orientación al Usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios, personal, virtual o telefónicamente; buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Se informa a los usuarios de manera clara y veraz sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta cada uno de los hospitales, centros de salud y puestos de salud de la red hospitalaria de la ESE; se educa sobre los mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con tramites en caso especiales, se orienta sobre el aseguramiento al Sistema

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 6 de 21


General de Seguridad Social en Salud y se activan redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

Igualmente, cada coordinador SIAU de las diferentes IPS es encargado de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes a través de la difusión de los mismos por medio de capacitaciones semanales, la emisión por medio de micrófono, la entrega de folletos y la publicación de los mismos en pendones y cartelera informativa.

Para la ejecución de las actividades, las oficinas de Atención al Usuario cuentan con un funcionario en cada hospital y centro de salud y dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad.

A continuación, se relacionan dichos canales:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	8887049 ext. 136 (Tame), 8897224(Rondón), celular 3134733618(panamá),3142351082(Fortul), 3131720956(Pampuri), 3134742887(Arauquita), 3134737365 (Jordán) y 3134712067 (Cravo Norte)
físico	Toda correspondencia, documento escrito.
virtual(correo electrónico)	siautame@esemorenoyclavijo.gov.co siauhospitalfortul@gmail.com hospitalarauquita@esemorenoyclavijo.gov.co siauhsla.esemyc@gmail.com siauhospitalrondon@gmail.com siaucravo@esemorenoyclavijo.gov.co siaucspa.esemyc@gmail.com siaucsjc.esemyc@gmail.com siaupampuriesmyc@gmail.com hospitalrondon@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalpampuri@esemorenoyclavijo.gov.co hospitalcravo@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpanama@esemorenoyclavijo.gov.co centrosaludpuertojordan@esemorenoyclavijo.gov.co www.esemorenoyclavijo.gov.co
Presencial	Proceso personalizado en las oficinas de SIAU de cada unidad de salud.


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 7 de 21

Buzón de Sugerencia	En cada servicio de los hospitales o centro de salud se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones. Se hace la apertura de dichos buzones semanalmente en presencia de un miembro del comité de ética, un representante de los usuarios y un usuario como tal y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley.
----------------------------	--

El indicador establecido para la medición de la difusión de los derechos y deberes de los usuarios es el “PORCENTAJE DE COBERTURA DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS”; el cual nos permite medir el total de pacientes capacitados sobre si le divulgaron sus Derechos o no. La meta establecida para este indicador es del 10% y el límite de control es del 5%.

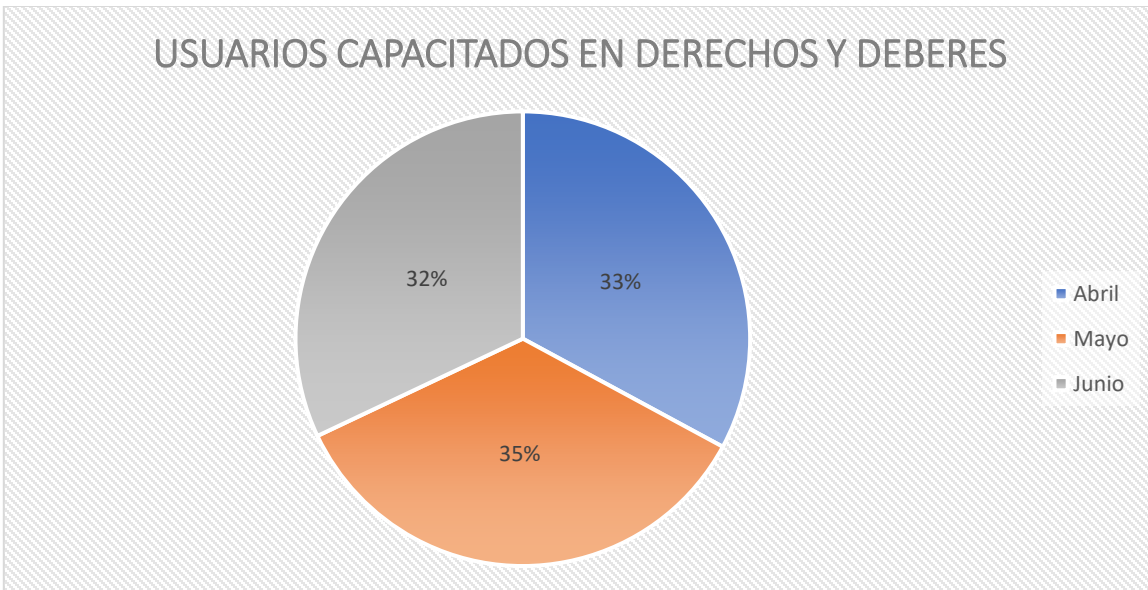
A continuación, se relaciona la cantidad de usuarios capacitados en el tema Derechos y Deberes:

TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (ABRIL 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (MAYO 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES (JUNIO 2024)	TOTAL, USUARIOS CAPACITADOS EN DERECHOS Y DEBERES
--	---	--	---

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 8 de 21

1.472	1.568	1.432	4.470
-------	-------	-------	-------

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:




Fuente: Listado de asistencia - Matriz Reporte Mensual – Registro fotográfico generadas por los Hospitales y Centros de Salud.

5.2 TRÁMITE Y GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, DENUNCIAS Y FELICITACIONES (PQRSDF).

Para la realización de esta actividad en cada IPS se encuentra instalado un mínimo dos buzones de sugerencias ubicados en las áreas de consulta externa y urgencias y en algunos casos en los servicios de más flujos de pacientes.

En este buzón el usuario instaura o da a conocer sus respectivas peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias o felicitaciones según sea el caso; para el cual es utilizado el formato de radicación PQRSDF que se encuentran ubicados en cada buzón respectivamente.

Semanalmente se lleva a cabo la apertura de buzón (De esta actividad se deja como soporte un acta de apertura de buzón y registro fotográfico) en presencia de la coordinadora SIAU, el representante del comité de Ética, la participación de un usuario que se encuentre en el momento de la apertura, realizando así el respectivo

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 9 de 21

proceso de gestión de las manifestaciones que consiste en la recepción, lectura, análisis, tipificación, registro, envió al responsable, seguimiento y cierre de la misma.

Las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncia o felicitaciones que sean realizadas de forma personal, escritas, vía Web, fax, correo electrónico y Buzón de sugerencias, serán recibidos por el personal asignado para el manejo del procedimiento de atención al Usuario.

Para el seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de las PQRSDf presentadas por los usuarios, se tienen implementadas distintas herramientas como son los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el Comité de Ética Hospitalaria, Asociación de Usuarios y el informe mensual para el seguimiento Plan de Acción.

Para el caso de las quejas y peticiones anónimas se aplicó lo establecido en la Ley 962 de 2005, en su artículo 81 así: *“Ninguna denuncia o queja anónima podrá promover acción jurisdiccional, penal, disciplinaria, fiscal, o actuación de la autoridad administrativa competente (excepto cuando se acredite, por lo menos sumariamente la veracidad de los hechos denunciados) o cuando se refiera en concreto a hechos o personas claramente identificadas”*

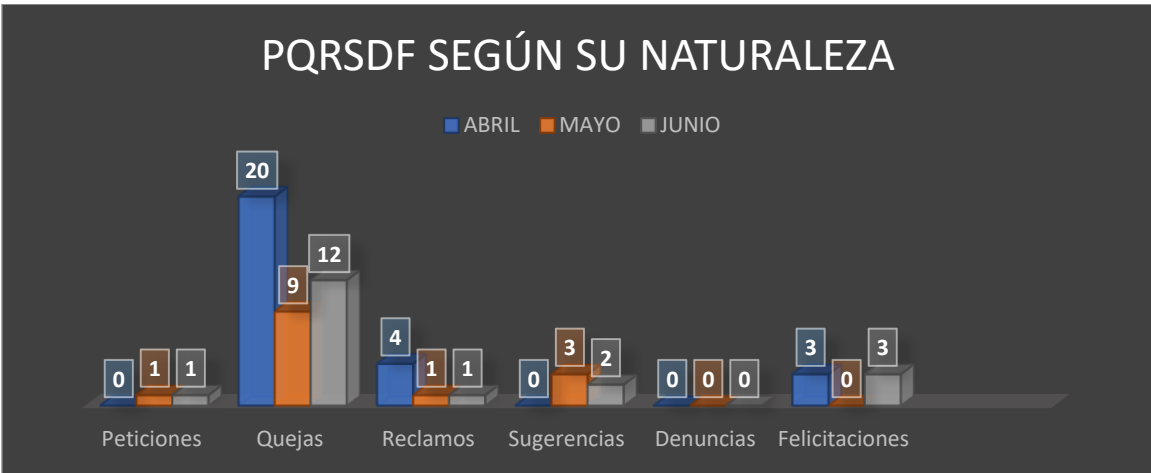
El indicador establecido para la medición de la Proporción de Quejas resueltas antes de 15 días es el “PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS”, el cual establece el número de días promedio transcurridos entre la radicación de la PQRSDf, la Gestión y Respuesta. Se trata de un indicador que se viene midiendo desde 2014 y que tiene como meta responder dentro de los 08 (ocho) días hábiles contados desde su recepción.

A continuación, se relaciona cantidad de PQRSDf recibidas según su naturaleza y proporcionalidad de las mismas.

PQRSDf SEGÚN SU NATURALEZA	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL, PQRSDf (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)	PROPORCIÓN
PETICIONES	0	1	1	2	8%
QUEJAS	20	9	12	41	52%
RECLAMOS	4	1	1	6	12%
SUGERENCIAS	0	3	2	5	12%
DENUNCIAS	0	0	0	0	2%

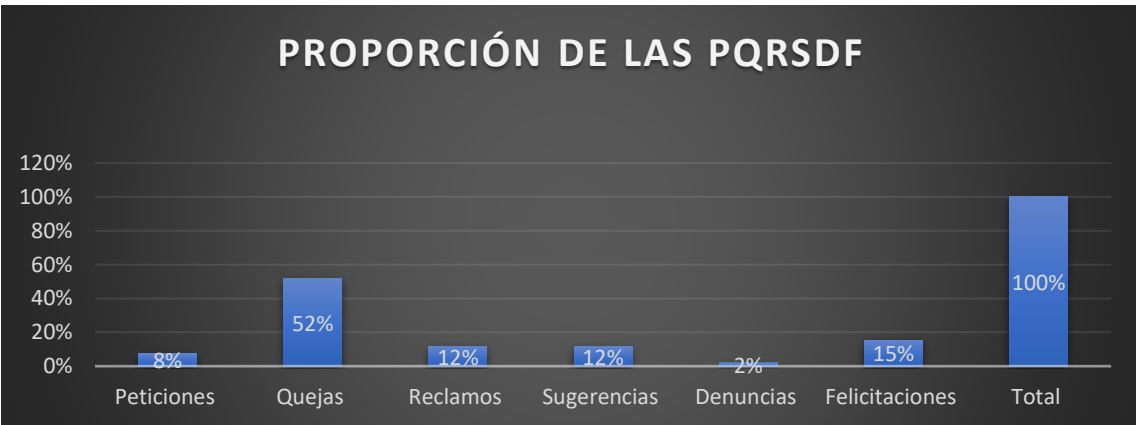
FELICITACIONES	3	0	3	6	15%
TOTAL	27	19	19	60	100%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:




Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

PROPORCIONALIDAD DE LAS PQRSDF:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

Conforme se evidencia durante el segundo trimestre del 2024, la Oficina de Atención al Usuario a través de los buzones de sugerencias y otros medios recibió un total


	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 11 de 21

de 60 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios, de las cuales, el 8% pertenece a Peticiones, el 52% pertenece a las Quejas, el 12% son Reclamos, el 8% concierne a Sugerencias, 2% a Denuncias y el 15% a Felicitaciones Igualmente se puede decir que la manifestación más recurrente durante este trimestre fue la **Queja** y en el mes en que más se presentaron manifestaciones fue el mes de Abril de 2024.

CANTIDAD DE PQRSDF RECIBIDAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024 EN CADA SEDE Y SEGÚN SU NATURALEZA:

A continuación, se detalla el total de PQRSDF recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante el trimestre analizado, discriminadas según su naturaleza.

SEDE	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL, PQRSDF RECIBIDAS EN EL II TRIMESTRE 2024
HOSPITAL SAN LORENZO DE ARAUQUITA	0	0	0	0
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE FORTUL	4	0	1	0
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	2	0	3	10
HOSPITAL SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	4	4	2	5
HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME	17	9	9	4
HOSPITAL SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	0	0	0	1
CENTRO DE SALUD JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	0	1	0	5

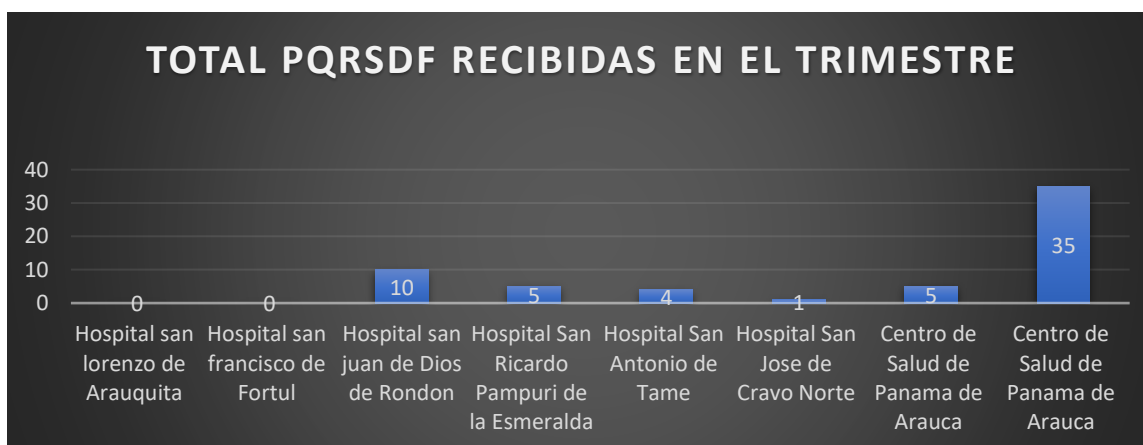
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 12 de 21

CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA	0	0	4	35
TOTAL	27	14	19	60


Según su naturaleza:

SEDE	P	Q	R	S	D	F	TOTAL
ARAUQUITA	0	0	0	0	0	0	0
FORTUL	0	0	0	0	0	0	0
RONDÓN	1	3	0	3	0	3	10
ESMERALDA(PAMPURI)	0	5	0	0	0	0	5
TAME	0	3	0	1	0	0	4
CRAVO-NORTE	0	1	0	0	0	0	1
PTO JORDAN	0	4	0	0	0	1	5
PANAMA	1	25	6	1	0	2	35

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 13 de 21

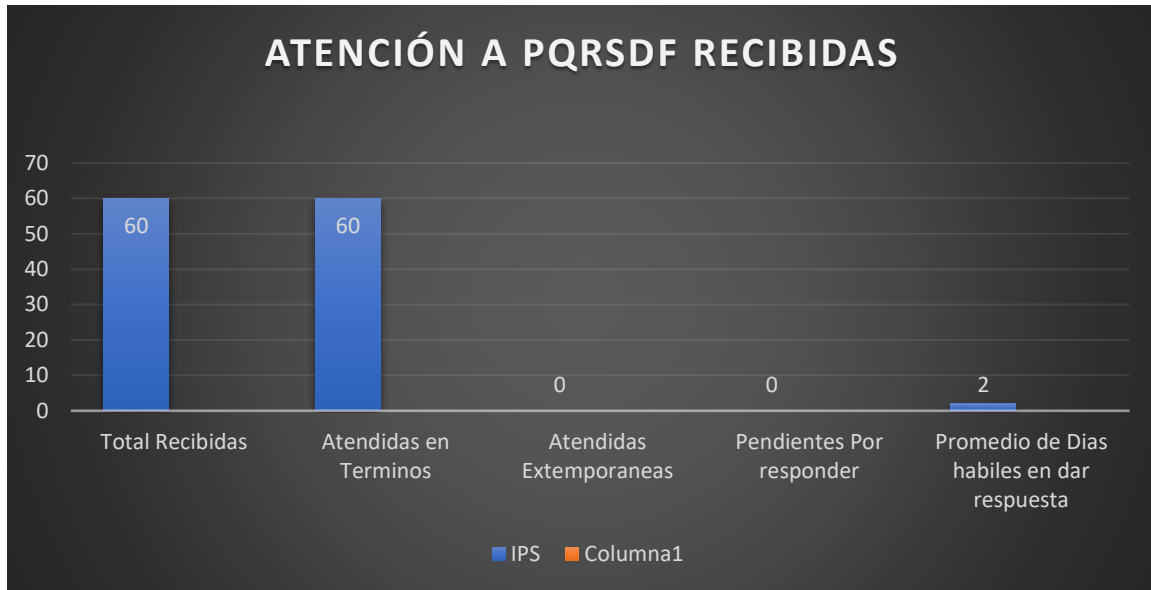
ATENCIÓN A PQRSDF RECIBIDAS:

En la siguiente tabla se detalla la información correspondiente al trámite de respuesta de las PQRSDF recibidas tanto en la sede administrativa como en cada IPS durante los meses de Abril a Junio objeto de análisis, discriminando el total recibidas, cuantas tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, cuantas fueron atendidas extemporáneamente, cuantas quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas.

SEDE	TOTAL RECIBIDAS	ATENDIDAS EN TÉRMINOS	ATENDIDAS EXTEMPORÁNEAS	PENDIENTES POR RESPONDER	PROMEDIO DE DÍAS HÁBILES EN DAR RESPUESTA
IPS	60	60	0	0	4

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 14 de 21

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:




Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario - Matriz Reporte Mensual- Actas de Apertura de Buzón generadas por los Hospitales y Centros de Salud, reporte correspondencia sede administrativa.

De las 52 PQRSDF recibidas en cada IPS durante el (II) trimestre del 2024 objeto de análisis, las 60 tuvieron respuesta dentro de los términos establecidos, 0 fueron atendidas extemporáneamente, 0 quedaron pendiente de trámite a la fecha de corte del informe y el promedio de días utilizados para dar respuesta a las mismas fue de 2 días hábiles. Es importante tener en cuenta que algunas de las manifestaciones no requerían respuesta en razón a que corresponden a comunicados de felicitaciones o agradecimientos por parte de los usuarios.

5.3 COMPORTAMIENTO PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2024.

La medición de la Satisfacción del Usuario se entiende como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones de mejora que sean necesarias para intervenirlos y finalmente, se

 <p>MORENO & CLAVIJO Empresa Social del Estado Departamental NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 15 de 21

convierten en otra fuente o insumo para el modelo de mejoramiento Institucional sirviendo de guía para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.


Entendiendo la medición de la Satisfacción del Usuario como un tema de vital importancia en la gestión y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, La ESE Moreno y Clavijo busca permanentemente asegurarse que las necesidades de sus usuarios se identifiquen, se escuchen y se cumplan, lo cual facilita identificar oportunidades de mejora. Esto ha llevado a que se hayan construido dentro de la misma encuesta dos indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios. El primero es la percepción del usuario frente a la atención y el trato que recibe del personal administrativo y asistencial y el segundo es la percepción del usuario frente a la oportuna prestación de servicios y en general de las instalaciones en la que se prestan los servicios.

El indicador establecido para la medición y mejoramiento del índice de satisfacción de los usuarios es la “TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO”. Se llama tasa de Satisfacción a la relación que se establece entre las diferentes posiciones que asumen las manifestaciones de los usuarios con respecto a los servicios y al trato recibido en su interacción con la institución. También se viene midiendo desde 2014 y la meta es mantener el indicador por encima de 90%.

Es importante hacer claridad que dicha encuesta se aplica siguiendo las directrices de la Resolución N. 256, que indica que se debe tener en cuenta las preguntas de satisfacción, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?; Por esta razón se evidenciará siempre un cambio significativo en el porcentaje de satisfacción.

Igualmente se aclara que la muestra asignada para las encuestas aplicadas en cada IPS se toma teniendo en cuenta la cantidad de usuarios atendidos en cada una de ella; el cual es relativamente bajo para el total de usuarios que utiliza el servicio.

Cabe resaltar que el personal asignado como coordinadoras del procedimiento SIAU en cada IPS a su vez tienen bajo su responsabilidad otras actividades como son consultas, para el caso de las psicólogas y actividades asistenciales en los diferentes servicios para las auxiliares de enfermería. Se sigue recomendando la asignación de una persona única y exclusivamente para el procedimiento de SIAU que cuente con un espacio debidamente adecuado y las herramientas necesarias para el desarrollo de sus funciones.

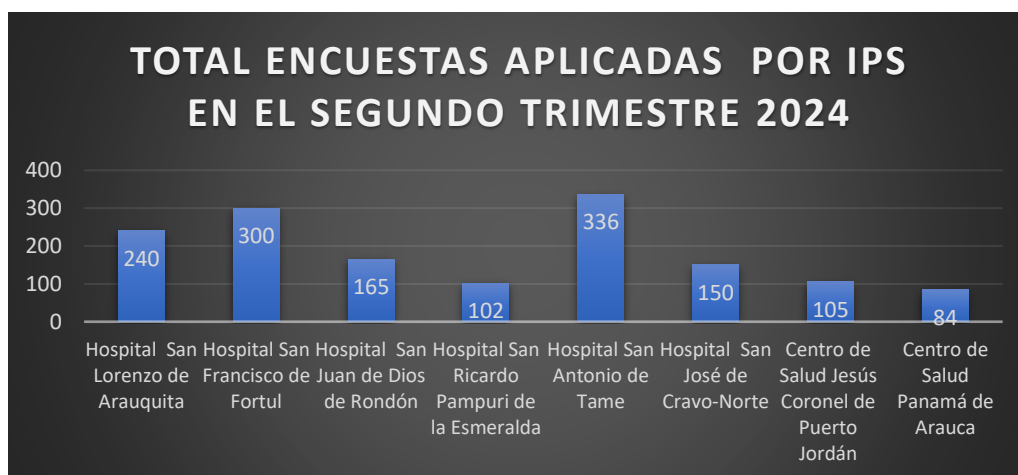
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 16 de 21

NÚMERO DE ENCUESTAS REALIZADAS POR CADA IPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A JUNIO DE 2024.

En cada IPS se realizaron un número determinado de encuesta de satisfacción, tal como se relaciona en la siguiente tabla, este número de encuestas a su vez fueron distribuidas en cada uno de los servicios que se presta.

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (Segundo trimestre 2024)
H. SAN LORENZO DE ARAUQUITA	240
H. SAN FRANCISCO DE FORTUL	300
H. SAN JUAN DE DIOS DE RONDÓN	165
H. SAN RICARDO PAMPURI DE LA ESMERALDA	102
H. SAN ANTONIO DE TAME	336
H. SAN JOSE DE CRAVO-NORTE	150
C. S. JUAN JESUS CORONEL DE PTO JORDAN	105
C. S. PANAMA DE ARAUCA	84
TOTAL ENCUESTAS APLICADAS (SEGUNDO TRIMESTRE 2024)	1.482

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Durante el (II) trimestre del 2024 se aplicaron en total de 1.482 encuestas, distribuidas de la siguiente manera: 240 en el Hospital San Lorenzo de Arauquita, 300 en el Hospital San Francisco de Fortul, 165 en el Hospital San Juan de Dios de

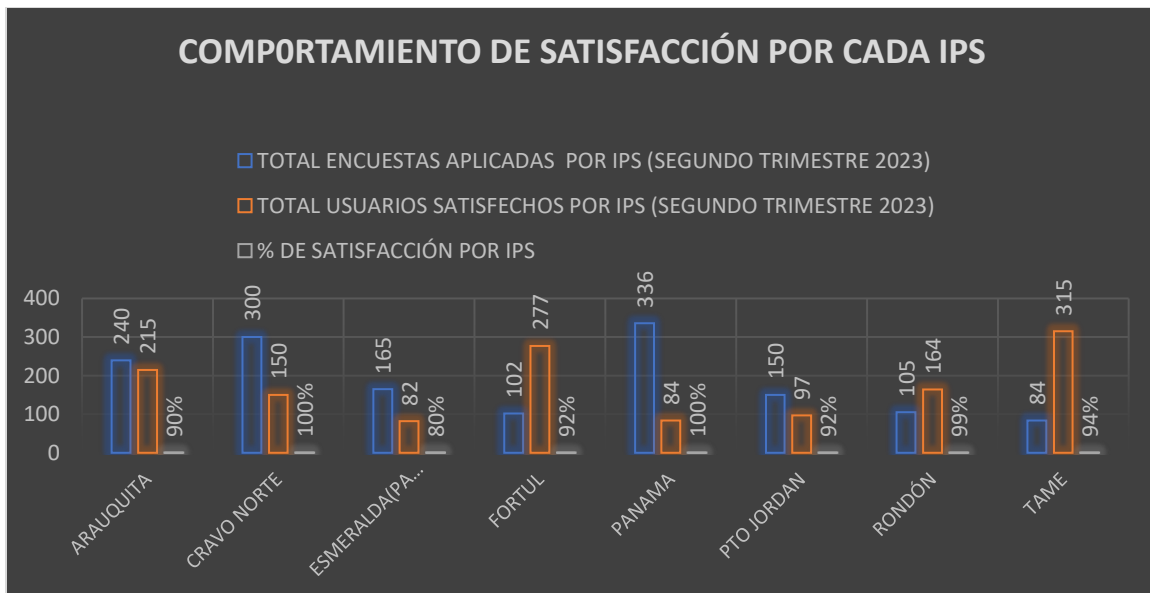
 MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 17 de 21

Rondón, 102 en el Hospital San Ricardo Pampuri de la Esmeralda, 336 en el Hospital San Antonio de Tame, 150 en el Hospital San José de Cravo-Norte, 84 en el Centro de Salud Jesús Coronel de Puerto Jordán y 84 en el Centro de Salud Panamá de Arauca.

Seguidamente se grafica el comportamiento de satisfacción global en cada IPS durante el segundo trimestre del presente año.


HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS POR IPS (segundo trimestre 2024)	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS POR IPS (segundo trimestre 2024)	% DE SATISFACCIÓN POR IPS
ARAUQUITA	240	215	90%
CRAVO NORTE	150	150	100%
ESMERALDA(PAMPURI)	102	82	80%
FORTUL	300	277	92%
PANAMA	84	84	100%
PTO JORDAN	105	97	92%
RONDÓN	165	164	99%
TAME	336	315	94%
TOTAL	1482	1384	93%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

Se observa que la gran mayoría de las IPS adscritas a la red hospitalaria de la ESE DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO obtuvieron resultados satisfactorios

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 18 de 21

teniendo en cuenta que el porcentaje de satisfacción obtenido se encuentra por encima del 90%; meta establecida para este indicador.

PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE 2024:


TIEMPO (segundo trimestre 2024)	TOTAL, ENCUESTAS APLICADAS	Número de usuarios que responden "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría la experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su ips?	Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?	TOTAL, USUARIOS SATISFECHOS	% DE SATISFACCIÓN GLOBAL
TOTAL	1.482	1.383	1.427	1.384	93%

REPRESENTACIÓN GRÁFICA:



Fuente: Matriz Tabulación de Satisfacción del Usuario.

En la tabla y gráfica anterior observamos que durante el (II) trimestre del año 2024, se aplicaron un total de 1.482 encuestas de satisfacción, en las cuales 1.383

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 19 de 21

usuarios contestaron muy buena a la pregunta ¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? Y 1.427 que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta ips?, y los usuarios satisfechos son 1.384 lo anterior un equivalente a un 93% de satisfacción.

5.4 OTRA GESTIÓN REALIZADA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO SIAU:

- Coordinación de ejecución de las actividades contempladas en el Plan de Acción, Mapa de Riesgos y Pamec institucional contempladas dentro del segundo trimestre de 2024.
- Registro en la plataforma SUIT de las PQRSDf presentadas en toda la red hospitalaria durante el trimestre.
- Coordinación de la realización de capacitaciones dirigidas tanto al personal de toda la red hospitalaria como a los usuarios en diferentes temáticas con el propósito de mejorar el servicio prestado al usuario y fomentar el respeto mutuo.
- Realización de auditoría mensual a informes de actividades del procedimiento desarrolladas durante el mes por las coordinadoras SIAU de toda la red hospitalaria.

6. CONCLUSIONES

Como se mencionó inicialmente la E.S.E DEPARTAMENTAL MORENO Y CLAVIJO viene realizando acompañamiento a través del líder del procedimiento SIAU a cada una de las actividades realizadas por su equipo de trabajo, el cual se encuentra distribuido en los diferentes Hospitales y Centros de Salud de la Red hospitalaria de la ESE observándose que se viene cumpliendo mes a mes con el desarrollo de las mismas.

En el informe proyectado se describió y se relacionó los resultados obtenidos a través de las actividades desarrolladas por las coordinadoras SIAU en el (II) trimestre de 2024, más el análisis mensual realizado por la sede central.

Como resultados pudimos observar que durante este periodo se realizó divulgación de derechos y deberes a 3.931 usuarios en toda la red hospitalaria. Una cifra

 <p>MIC MORENO & CLAVIJO <small>Empresa Social del Estado Departamental</small> NIT: 900.304.131 - 8</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 20 de 21

realmente considerable que da indicios del interés y gestión para divulgar la importancia a los nuestros usuarios.

Igualmente se pudo establecer que durante el trimestre analizado la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 60 PQRSDF o manifestaciones por parte de los usuarios a los prestadores de servicio.

Los resultados obtenidos muestran que durante el (II) trimestre del año 2024 las IPS adscritas La ESE Moreno y Clavijo generan una opinión positiva ante los usuarios y que está cumpliendo con las expectativas de los mismos.


Con base en toda la información obtenida más el análisis de los factores internos y externos, la ESE lleva a cabo la planeación de sus lineamientos, trabajando en la búsqueda de estrategias que hagan de cada momento de verdad una experiencia satisfactoria, buscando minimizar todas las situaciones identificadas y caracterizadas al interior de la Institución, especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos, manteniendo siempre el horizonte: “Atención humanizada y Atención con calidad”.

Por su parte, de la mano de la normatividad vigente, desde el procedimiento SIAU, se continuará educando a los usuarios, promoviendo la participación ciudadana, se hará la revisión de los determinantes sociales, participando en espacios interinstitucionales para la creación de redes de apoyo, se buscará referenciación con prácticas exitosas en otros servicios e instituciones y, se aprovechará toda oportunidad que permita el mejoramiento continuo del procedimiento.

HAROLD ANDRES MAGURNO CISNEROS
LIDER SIAU ESE MYC

- **CONTROL REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL DOCUMENTO**

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
----------------	---------------	---------------

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	GPL-FO-036
	FORMATO INFORME DE GESTIÓN	Versión 01
		Página 21 de 21

FIRMA:			
NOMBRE:	PAULA ANDREA DUARTE	RUTH LEONORA DIAZ AYALA	WILDER HERNANDO ORTIZ BUENO
CARGO:	Asesora Planeación	Subgerente Administrativa y financiera	Gerente
FECHA:	06 de febrero de 2024	06 de febrero de 2024	06 de febrero de 2024

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
01	06 de febrero de 2024	EMISIÓN DEL DOCUMENTO