

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	 IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

PROCESO DE SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO (SIAU)



MAYO 2026

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

CONTROL DE CAMBIOS				
Fecha de Aplicación	Versión anterior	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Nueva versión
Mayo 2026	00	Creación del documento	Se elabora documento ya que no existía	01

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

El sistema general de seguridad social en salud en Colombia busca principalmente cobertura universal y el mejoramiento la calidad de la atención en los servicios de salud. Uno de los procesos más relevantes del sistema de la garantía de la calidad es el SIAU (servicio de información y atención al usuario) ya que la labor desempeñada por esta persona agrega un valor adicional al servicio prestado y hace mucho más ágil la atención a la persona que asiste a recibir nuestros servicios.

La empresa social del estado Jose Rufino Vivas es el resultado de la concertación comunitaria de las autoridades civiles y tradicionales del municipio de Dagua y el apoyo recibido del nivel departamental.

PRESENTACION DEL HOSPITAL JOSÉ RUFINO VIVAS

Reseña histórica

El Hospital José Rufino Vivas fue fundado el 1 de julio de 1950, aunque tres años antes ya funcionaba como un puesto de salud.

Entre los años 1947 y 1949, la Gobernación del Valle del Cauca designó al Dr. Alfonso Polanco como el primer médico director del Puesto de Salud de Dagua. Una "Junta de Amigos" apoyó la iniciativa del médico para fundar y construir un centro hospitalario. Posteriormente, el 1 de julio de 1950, el señor Antonio Rufino Vivas donó una casa de bahareque donde funcionaba el Puesto de Salud, destinándola para el funcionamiento de un hospital de caridad para la población de Dagua.

La institución comenzó su desarrollo bajo la adscripción al Ministerio de Salud, y se inició la construcción física del hospital a través del Fondo Nacional Hospitalario. Más adelante, el hospital se unió a la Unidad Regional de Salud de Cali, adscrito a la Secretaría de Salud de Cali, continuando su proceso evolutivo tanto en términos físicos como técnicos, con contribuciones de la Nación y la Beneficencia del Valle del Cauca. En julio de 1970, adquirió su personería jurídica y se denominó Centro Hospital Nuestra Señora del Carmen.

Posteriormente, en cumplimiento de lo establecido por la Ley 100 de 1993, y mediante el Acuerdo 009 del Honorable Consejo Municipal de Dagua - Valle, el 24 de agosto de 1994, el hospital se convirtió en una

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 icontec ISO 9001 SC-CER185565  IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01	

Empresa Social del Estado bajo el nombre de Hospital José Rufino Vivas, en memoria de su benefactor. Se convirtió en un organismo público con autonomía administrativa y patrimonio propio del municipio de Dagua.

En los últimos años, el hospital ha mejorado tanto su infraestructura en términos de edificación como su tecnología en equipos biomédicos, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

El hospital ha recibido diversos reconocimientos, incluido el programa PAI por sus coberturas efectivas en el año 2026. Además, se ha destacado por su labor en el programa de salud sexual y reproductiva, especialmente en el manejo del programa de planificación familiar, lo que ha llevado a una disminución en los embarazos en adolescentes.

Durante varios años, el hospital ha participado en el programa "Desayunos Infantiles con Amor" (DIA) llevado a cabo por el ICBF, proporcionando desayunos a la población infantil menor de cinco años, lo que ha beneficiado la nutrición de esta población.

En el año 2012, el hospital recibió la certificación bajo la NTC-ISO 9001:2008 por parte del ICONTEC, la cual ha mantenido hasta el año 2026.

Descripción del HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

El Hospital José Rufino Vivas es una institución de salud ubicada en el Municipio de Dagua, comprometida con brindar servicios de Atención Básica en salud de Baja Complejidad, Nivel I, a la comunidad local y sus alrededores. Nuestro hospital es una Empresa Social del Estado, dedicada a proporcionar atención médica integral, promover la prevención de enfermedades y contribuir al bienestar general de la población.

Las características clave de nuestro hospital incluyen:

- **Cobertura de servicios:** Ofrecemos una amplia gama de servicios de salud, que incluyen consultas médicas, atención de urgencias y/o emergencias, hospitalización, laboratorio clínico, odontología, promoción y prevención, radiografías y servicio extramural.
- **Equipo médico y personal calificado:** Contamos con un equipo médico y personal altamente capacitado y comprometido con la atención de calidad. Nuestro personal se adhiere a los más altos estándares éticos y trabaja en colaboración para garantizar una atención integral y centrada en el paciente.
- **Tecnología y equipos:** Disponemos de tecnología médica moderna y equipos actualizados que nos permiten ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento precisos y efectivos. Mantenemos nuestros equipos en óptimas condiciones de funcionamiento y realizamos las calibraciones y mantenimientos necesarios. Con ampliación de servicios de laboratorio.
- **Compromiso con la comunidad:** Nos esforzamos por ser un recurso confiable y accesible para la comunidad. Promovemos la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

relacionadas con la atención médica y buscamos constantemente mejorar la calidad de nuestros servicios en función de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

En el Hospital José Rufino Vivas de Dagua, nos comprometemos a garantizar la seguridad y la calidad de nuestros servicios, implementando un Sistema de Gestión de Calidad efectivo y cumpliendo con los requisitos legales y reglamentarios aplicables.

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS OFERTADOS

El Hospital José Rufino Vivas ofrece una amplia gama de servicios médicos y de salud para satisfacer las necesidades de la comunidad. Estos servicios incluyen:

- **Consultas médicas:** Contamos con un equipo de médicos especializados que brindan atención médica integral y personalizada a los pacientes. Nuestros médicos están capacitados para diagnosticar enfermedades, brindar tratamiento y ofrecer recomendaciones para el cuidado de la salud.
- **Atención de urgencias y/o emergencias:** El hospital cuenta con un servicio de atención de urgencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestro equipo médico y de enfermería está preparado para brindar atención inmediata a pacientes que requieran asistencia médica urgente.
- **Hospitalización:** Disponemos de instalaciones adecuadas y personal médico capacitado para brindar atención hospitalaria a aquellos pacientes que requieren cuidados y monitoreo continuo. Nuestro objetivo es garantizar la comodidad y el bienestar de los pacientes durante su estadía en el hospital.
- **Laboratorio clínico:** Contamos con un laboratorio equipado con tecnología de vanguardia para realizar una variedad de pruebas y análisis clínicos. Esto nos permite obtener resultados precisos y rápidos para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.
- **Odontología:** Brindamos servicios odontológicos que incluyen limpiezas, obturaciones, extracciones dentales, tratamientos de conducto y cuidado preventivo. Nuestro equipo de odontólogos se encarga de promover la salud bucal y proporcionar tratamientos para mantener una sonrisa saludable.
- **Promoción y prevención:** Nos enfocamos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de campañas educativas, charlas informativas y programas de vacunación. Nuestro objetivo es fomentar hábitos de vida saludables y brindar orientación a la comunidad sobre cómo mantenerse saludable.
- **Radiografías:** Contamos con equipos de radiología que nos permiten realizar radiografías para el diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones médicas. Esto nos ayuda a obtener imágenes claras y precisas para apoyar el proceso de diagnóstico y tratamiento.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

- **Servicio extramural:** Además de los servicios ofrecidos en el hospital, también llevamos a cabo actividades extramurales para llegar a comunidades remotas. Estas actividades pueden incluir brigadas de salud, campañas de vacunación y visitas a domicilio para brindar atención médica básica.

PLANEACION ESTRATEGICA

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISION

Somos un Hospital público, que presta servicios de salud de baja complejidad y complementarios, con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Brindando atención humanizada, segura y con calidad, para contribuir en el mejoramiento de calidad de vida de la población Dagüeña.

VISION

Para el año 2028, la ESE Hospital Local José Rufino Vivas de Dagua será reconocido en el departamento del valle del cauca por la dignificación, humanización en el servicio y seguridad del paciente mediante el desarrollo de políticas que garanticen el cumplimiento de objetivos y metas establecidas para el fortalecimiento de la atención a la comunidad, con responsabilidad social y sostenibilidad financiera.

POLITICA DE LA CALIDAD

En la E.S.E Hospital Local José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, nos comprometemos a prestar Servicios de Salud de primer nivel de baja complejidad y complementarios, seguros y humanizados. Brindamos atención oportuna y accesible, con la participación de un talento humano necesario, competente y comprometido, contando con la infraestructura apropiada que nos permita cumplir con los requisitos, la satisfacción de los pacientes y la mejora continua.

OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Ampliar la cobertura en la prestación de servicios de Promoción y mantenimiento de la salud en la comunidad.
- Mejorar y fortalecer las competencias del talento humano de la institución.
- Fortalecer permanentemente la seguridad del paciente y la humanización en la prestación del servicio de salud.
- Reducir la huella ambiental Operación en el Hospital y Fomentar Practicas Ecológicas Sostenibles

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

- Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población objeto.
- Garantizar la bioseguridad en el personal de institución.
- Planificar y definir procedimientos necesarios para iniciar el camino hacia la acreditación en alta calidad

VALORES

- **Ética:** Actuar con profesionalismo bajo los principios de legalidad, la moral y la buena conducta en todas nuestras actividades y labores.
- **Respeto:** implica la comprensión, aceptación y valoración de las cualidades y la condición inherente a las personas, con derechos y deberes. Entendiendo que nuestra libertad llega hasta donde inicia la de los demás.
- **Responsabilidad:** Asumir y cumplir nuestros deberes y obligaciones consientes de las consecuencias que ocasionará aquello que hagamos o dejemos de hacer para alcanzar los propósitos de la Organización.
- **Honestidad:** Es actuar con rectitud, honorabilidad, transparencia y decoro, en concordancia con la verdad y la justicia entre lo que se piensa, se expresa y se hace.
- **Servicio:** Trato digno, respetuoso, cálido y seguro a nuestros clientes.
- **Transparencia:** Información abierta y disponible sobre la gestión institucional.
- **Humanización:** Es de tener un trato personalizado quiere decir, respetar la dignidad humana, Implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como a un objeto.
- **Vocación:** es la inclinación que una persona siente para dedicarse a un modo de vida, y puede estar relacionada tanto con lo profesional (trabajo, carrera) como con lo espiritual.
- **Calidez:** se constituye en la manera “calidad” en que las personas perciben cómo fueron tratadas en cada una de las etapas de la atención.
- **Excelencia:** Se define como la suma de la efectividad y la seguridad de una intervención en salud.

CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 icontec ISO 9001 SC-CER185565  IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01	

El Hospital José Rufino Vivas reconoce la importancia de comprender el contexto en el que opera y cómo esto puede influir en la calidad de los servicios de salud que brindamos. A través de una evaluación y comprensión constante de nuestro contexto, estamos comprometidos en garantizar la calidad y mejorar continuamente nuestros procesos y servicios.

Dentro de nuestro contexto, consideramos los siguientes aspectos relevantes:

1. **Necesidades y expectativas de los pacientes:** Estamos comprometidos a comprender y satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, asegurando una atención médica segura, efectiva y centrada en el paciente.
2. **Requisitos legales y reglamentarios:** Cumplimos con todas las leyes y regulaciones aplicables relacionadas con la prestación de servicios de salud. Nos aseguramos de que nuestras prácticas estén alineadas con los requisitos establecidos por las autoridades competentes.
3. **Mejores prácticas y estándares de calidad:** Nos esforzamos por mantenernos actualizados con las mejores prácticas y estándares de calidad en el campo de la atención médica. Adoptamos enfoques basados en evidencia y nos sometemos a evaluaciones y certificaciones periódicas para garantizar que nuestros servicios cumplan con los más altos estándares de calidad.
4. **Recursos y capacidades:** Reconocemos la importancia de contar con los recursos y las capacidades adecuadas para brindar servicios de calidad. Nos aseguramos de contar con personal capacitado, infraestructura adecuada, tecnología moderna y los suministros necesarios para garantizar una atención médica eficiente y segura.

Nuestro compromiso con la calidad se basa en los siguientes principios:

- **Mejora continua:** Buscamos constantemente oportunidades de mejora en todos los aspectos de nuestros servicios. Fomentamos una cultura de aprendizaje y promovemos la participación activa de nuestro personal en la identificación e implementación de mejoras.
- **Participación de los empleados:** Valoramos las aportaciones de nuestro talentoso equipo de profesionales de la salud. Fomentamos un ambiente de trabajo colaborativo y alentamos la participación activa de nuestros empleados en la toma de decisiones relacionadas con la calidad.
- **Enfoque en la seguridad del paciente:** Priorizamos la seguridad del paciente en todas nuestras actividades y decisiones. Implementamos medidas de seguridad, promovemos prácticas seguras y gestionamos adecuadamente los riesgos para garantizar la seguridad y el bienestar de nuestros pacientes.
- **Enfoque centrado en el paciente:** Reconocemos la importancia de brindar una atención médica personalizada y centrada en el paciente. Nos esforzamos por establecer una relación de confianza con nuestros pacientes y proporcionar un entorno de atención acogedor y respetuoso.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 icontec ISO 9001 SC-CER185565  IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01	

A través de nuestro compromiso con la calidad, nos esforzamos por brindar servicios de salud excepcionales y mejorar constantemente la experiencia y los resultados de nuestros pacientes. Trabajamos en conjunto con todos los miembros del equipo, partes interesadas y la comunidad para garantizar que se cumplan los más altos estándares de calidad en el Hospital José Rufino Vivas de Dagua.

COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Al desarrollar y gestionar el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es fundamental considerar las expectativas y requisitos de las partes interesadas relevantes. A continuación, se presentan las partes interesadas pertinentes y sus requisitos en relación al SGC del Hospital José Rufino Vivas:

1. Pacientes:

- Acceso oportuno a servicios de salud de calidad.
- Atención médica segura y efectiva.
- Trato respetuoso y atención centrada en el paciente.
- Información clara y comprensible sobre su condición y tratamiento.
- Confidencialidad y privacidad de la información médica.

2. Familiares y cuidadores:

- Comunicación efectiva y transparente sobre el estado y el cuidado del paciente.
- Participación y colaboración en la toma de decisiones relacionadas con el paciente.
- Confianza en la competencia y profesionalismo del personal médico.
- Apoyo emocional durante la hospitalización y el proceso de recuperación del paciente.

3. Personal médico y de enfermería:

- Recursos adecuados y suficientes para brindar una atención de calidad.
- Capacitación y desarrollo profesional continuo.
- Participación en la toma de decisiones relacionadas con la calidad y la mejora del SGC.
- Ambiente de trabajo seguro y respetuoso.
- Reconocimiento y recompensa por su desempeño y contribuciones.

4. Personal administrativo y de apoyo:

- Condiciones de trabajo adecuadas y seguras.
- Capacitación y desarrollo para mejorar las habilidades y competencias.
- Comunicación efectiva y colaboración con otros departamentos.
- Reconocimiento de su importancia en el funcionamiento general del hospital.

5. Alta dirección y gerencia:

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	 IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01		

- Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
- Implementación de políticas y prácticas que promuevan la calidad y seguridad del paciente.
- Asignación de recursos adecuados para el SGC.
- Monitoreo y revisión regular del desempeño del SGC.
- Liderazgo efectivo y compromiso con la mejora continúa.

6. Proveedores y contratistas (Incluye EPS o EAPB):

- Cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad.
- Procesos claros y eficientes para la adquisición de bienes y servicios.
- Comunicación abierta y colaborativa para abordar problemas y mejorar la relación.

7. Entidades regulatorias y entes de control:

- Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
- Disponibilidad de documentación y registros relevantes.
- Cooperación y cumplimiento de los procesos de auditoría y seguimiento.

8. Comunidad local:

- Acceso a servicios de salud cercanos y asequibles.
- Participación y representación en la toma de decisiones relacionadas con la salud comunitaria.
- Contribución a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad.

Estos requisitos reflejan las expectativas específicas de las partes interesadas y su importancia en el logro de la calidad y la satisfacción del paciente. Al considerar las expectativas de estas partes interesadas, el hospital puede tomar medidas para abordarlas de manera efectiva a través de la implementación y mejora continua del SGC. La comunicación, la participación y la retroalimentación constante con las partes interesadas son clave para mantener relaciones sólidas y satisfacer sus expectativas en términos de calidad y atención médica.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565  IONET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 01	

MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención se enmarca dentro de los principios de multiculturalidad, solidaridad, participación, concertación y compromiso social, de esta manera se quiere que la atención de la salud en nuestra comunidad se realice desde las diversas prácticas de la medicina: la Tradicional, en principio la que se continúa fortaleciendo, la Occidental u ortodoxa y las Alternativas con el único objetivo de lograr el bienestar del individuo y su entorno.

Es claro que, para garantizar una atención en salud de acuerdo al contexto sociocultural de la subregión, es necesario continuar con la adecuación de programas de salud en forma conjunta y ponerlas en práctica. Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, la base fundamental del modelo asistencial, se enfatizará en las acciones promocionales y preventivas de la salud.

Dentro de este propósito se requiere de un personal calificado para asumir las tareas y responsabilidades en este campo, mediante nuevos procesos de comunicación e integración en la dinámica comunitaria.

En este modelo de atención que privilegia la Promoción y Prevención a través de la participación de la Comunidad, tiene cabida todo tipo de acción cuyo objetivo sea disminuir los riesgos y fortalecer los factores protectores de la salud.

De igual manera para la adecuación de programas y el desarrollo de acciones de promoción y prevención desde el pensamiento Nasa, es necesario contar con personal propio de la comunidad quienes cuenten con formación sociocultural y técnica en salud pero que fundamentalmente acepten que no solamente la Medicina Tradicional es la solución a todos los problemas de salud de su comunidad, se requiere de trabajo coordinado efectivo mediante la conformación de equipos de salud multifuncionales extramurales que permitan mejorar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud por parte de la comunidad.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS

Generalidades

El Hospital José Rufino Vivas ha establecido, implementado y mantiene un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001. El SGC se basa en un enfoque de procesos, que abarca todas las actividades necesarias para lograr los resultados deseados, satisfacer los requisitos del cliente y mejorar continuamente la eficacia del sistema.

Establecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad

La alta dirección del hospital ha asumido el liderazgo en el establecimiento del SGC, asegurando que se definen y documentan los objetivos de calidad y se establecen los procesos necesarios para lograr dichos objetivos. Se ha designado un coordinador de calidad responsable de la implementación y mantenimiento del SGC, y se ha asignado el recurso humano y los recursos necesarios para su funcionamiento efectivo.

Identificación y secuencia de los procesos

El hospital ha identificado los procesos necesarios para el funcionamiento del SGC y ha determinado su secuencia e interacción. Los procesos clave incluyen, pero no se limitan a:

- Componente clínico - asistencial

a) Consultas médicas: Proceso de atención médica que involucra la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes en el ámbito ambulatorio.

b) Atención de urgencias y/o emergencias: Proceso para la atención inmediata de situaciones médicas críticas y urgentes.

c) Hospitalización: Proceso de admisión, atención y seguimiento de los pacientes internados en el hospital.

d) Laboratorio clínico: Proceso de análisis y evaluación de muestras de laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades.

e) Odontología: Proceso de atención y cuidado dental, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento y prevención.

f) Promoción y prevención: Proceso para fomentar la salud, prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables en la comunidad.

g) Radiografías: Proceso de obtención e interpretación de imágenes radiográficas para el diagnóstico médico.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

h) Servicio extramural: Proceso para brindar atención médica y servicios de salud fuera de las instalaciones del hospital.

- Componente administrativo

i) Contabilidad o gestión financiera: Proceso para la gestión de los aspectos financieros y contables del hospital, incluyendo el control de costos, facturación y gestión de recursos financieros.

j) Control interno: Proceso para establecer y mantener un sistema de control interno efectivo que asegure la integridad y confiabilidad de los procesos y transacciones del hospital.

k) Gestión de recursos humanos: Proceso para la gestión del talento humano del hospital, incluyendo reclutamiento, selección, desarrollo, evaluación y bienestar del personal.

l) Gerencia: Proceso para la dirección estratégica y administración general del hospital, estableciendo metas, tomando decisiones y supervisando el desempeño global.

m) Seguridad y salud en el trabajo: Proceso para la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales, asegurando un entorno de trabajo seguro y saludable para el personal del hospital.

n) Calidad y mejora continua: Proceso para establecer y mantener un enfoque de mejora continua de la calidad en todas las áreas del hospital, asegurando el cumplimiento de los requisitos y la satisfacción del cliente.

El hospital ha establecido los criterios y métodos necesarios para asegurar que la operación y el control de estos procesos se realicen de manera eficaz, tanto en los aspectos clínicos como administrativos.

Esta actualización refleja la inclusión de los procesos administrativos adicionales que mencionaste, asegurando que se identifiquen y se consideren en el Sistema de Gestión de la Calidad del hospital.

Interacción entre los procesos

El hospital ha definido la interacción entre los procesos del SGC para asegurar la coherencia y la comunicación efectiva en toda la organización. Se han establecido mecanismos de retroalimentación y comunicación entre los procesos para identificar y abordar las necesidades y expectativas de los pacientes, mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios, y prevenir no conformidades y situaciones no deseadas.

Control de los procesos

El hospital ha implementado controles apropiados para asegurar que los procesos del SGC se realicen de acuerdo con los requisitos planificados. Se han definido indicadores de desempeño y se lleva a cabo un monitoreo regular para evaluar la eficacia de los procesos y la conformidad con los objetivos de calidad establecidos.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

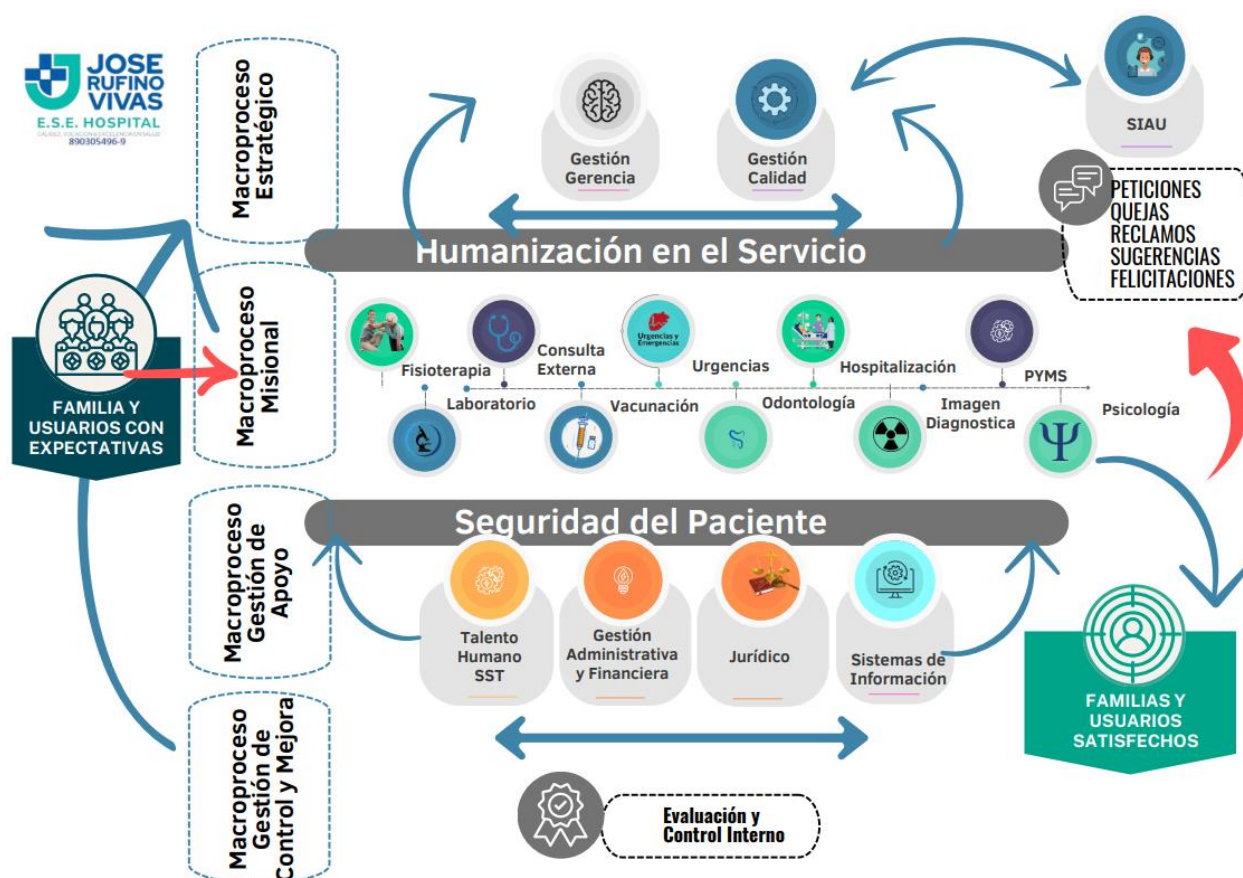
Mejora continua de los procesos

El hospital tiene un enfoque de mejora continua para los procesos del SGC. Se han establecido procedimientos y prácticas para identificar oportunidades de mejora, implementar acciones correctivas y preventivas, y llevar a cabo revisiones periódicas de los procesos. La alta dirección promueve la participación y el compromiso de todo el personal en la mejora continua de los procesos y la eficacia del SGC.

El hospital está comprometido con la implementación, mantenimiento y mejora continua de su Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad, satisfaciendo los requisitos del cliente y cumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001.

A continuación, se muestra el mapa de procesos del Hospital Jose Rufino Vivas con sus correspondiente flujos e interacciones.

Figura 1. Mapa de procesos del Hospital José Rufino Vivas (HJRV) del municipio de Dagua.



	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

LIDERAZGO

Liderazgo y compromiso

La alta dirección del Hospital José Rufino Vivas de Dagua demuestra liderazgo y compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad, asegurando que la política de calidad sea establecida y comunicada en la organización. La alta dirección se compromete con la mejora continua, proporciona los recursos necesarios para el SGC y promueve la importancia de satisfacer los requisitos del cliente y cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables.

Enfoque al cliente (Paciente)

El Hospital José Rufino Vivas de Dagua tiene un firme compromiso con el enfoque al cliente y busca entender y satisfacer sus necesidades y expectativas. La alta dirección se asegura de que se establezcan y mantengan canales de comunicación efectivos con los clientes, lo que incluye la recepción de quejas, comentarios y sugerencias.

El hospital identifica los requisitos específicos de los clientes, así como los requisitos legales y reglamentarios aplicables, y se esfuerza por cumplir con estos requisitos de manera consistente. Además, se promueve activamente la participación del cliente en el diseño y mejora de los servicios de salud, lo que permite adaptar y personalizar los servicios para satisfacer mejor sus necesidades.

La alta dirección monitorea regularmente la satisfacción del cliente y utiliza la retroalimentación recibida para mejorar continuamente la calidad de los servicios. Se implementan acciones correctivas y preventivas en función de las sugerencias y quejas de los clientes para garantizar la mejora continua de la satisfacción del cliente y la calidad en general.

El enfoque al cliente es una parte integral de la cultura organizacional del hospital y se promueve en todos los niveles de la organización. Se reconoce que la satisfacción del cliente es fundamental para el éxito del hospital y para cumplir con su misión de brindar servicios de atención médica de alta calidad a la comunidad.

Política

El hospital ha establecido una política de calidad documentada que está alineada con la misión y visión de la organización. La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer los objetivos de calidad y se compromete a brindar servicios de atención médica de alta calidad y satisfacción del cliente. La política de calidad es revisada periódicamente para asegurar su continua adecuación y eficacia.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

Política actualizada del Hospital Local José Rufino Vivas

En la E.S.E Hospital Local José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, nos comprometemos a prestar Servicios de Salud de primer nivel de baja complejidad y complementarios, seguros y humanizados, cumpliendo con los requisitos legales y reglamentarios aplicables.

Para lograr este compromiso, nos basamos en los siguientes principios:

1. Atención centrada en el paciente: Nuestro principal enfoque es el bienestar y la satisfacción de nuestros pacientes. Trabajamos para entender sus necesidades y expectativas, brindando una atención oportuna, respetuosa y cálida, que genere confianza y comodidad durante todo el proceso de atención médica.
2. Talento humano competente y comprometido: Reconocemos que el capital humano es nuestro recurso más valioso. Nos aseguramos de contar con un equipo de profesionales altamente capacitados, comprometidos con la excelencia y la mejora continua. Fomentamos un ambiente de trabajo colaborativo y motivador que permita desarrollar su potencial y mantener una alta calidad en la prestación de servicios.
3. Infraestructura adecuada: Contamos con instalaciones y equipos médicos modernos y adecuados, que nos permiten brindar una atención segura, eficiente y efectiva. Nos comprometemos a mantener y mejorar continuamente nuestras instalaciones para asegurar un ambiente de trabajo seguro y cómodo para nuestro personal y pacientes.
4. Cumplimiento de requisitos: Nos comprometemos a cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables, así como con los estándares y normas de calidad en el ámbito de la salud. Estamos comprometidos con la transparencia y la ética en todas nuestras actividades, asegurando la integridad y confiabilidad de nuestros servicios.
5. Mejora continua: Consideramos que la mejora continua es esencial para alcanzar la excelencia en nuestros servicios. Monitoreamos y evaluamos regularmente nuestro desempeño, y utilizamos la retroalimentación de nuestros pacientes y colaboradores para implementar acciones correctivas y preventivas que nos permitan optimizar nuestros procesos y servicios.

Esta política de calidad es comunicada y entendida en toda la organización, y se encuentra disponible para las partes interesadas relevantes. La alta dirección se compromete a proporcionar los recursos necesarios y el liderazgo para asegurar la efectiva implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, y para garantizar la mejora continua en todos nuestros servicios de atención médica.

Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

Las responsabilidades y autoridades para el Sistema de Gestión de Calidad están definidas, documentadas y comunicadas en la organización. La alta dirección asigna responsabilidades específicas a los líderes de los procesos y áreas relevantes para asegurar la implementación efectiva del SGC y la mejora continua de la calidad. El personal de todos los niveles de la organización es consciente de sus roles y responsabilidades en relación con la calidad y el SGC.

El liderazgo efectivo es esencial para el éxito del Sistema de Gestión de Calidad del hospital y para lograr la mejora continua en la calidad de los servicios de atención médica. La alta dirección proporciona la dirección estratégica y el compromiso necesarios para asegurar que el SGC sea implementado y mantenido de manera efectiva, y para alcanzar los objetivos de calidad establecidos.

	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO EN EL HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.

INTRODUCCIÓN

La atención integral al usuario de servicios de salud es una prioridad para nuestra institución por tal motivo se hacen todos los esfuerzos necesarios para lograr una adecuada atención a las personas que solicitan nuestros servicios. Creemos que uno de los procesos que de entrada ayudan a un buen direccionamiento y por ende una agilidad en los procesos y una mayor satisfacción del cliente es el servicio de información y atención al usuario, por tal razón el presente programa representa un medio inequívoco para garantizar el establecimiento y permanencia de una atención de calidad en función de los usuarios.

MISIÓN:

Es velar por la satisfacción de los usuarios. Servir y satisfacer las necesidades integrales de cada uno de ellos basados en una gestión de calidad.

PROPÓSITO:

El Sistema de información y Atención al Usuario, tiene el propósito de brindar al auxiliar encargado de este servicio una herramienta de trabajo que permita ofrecer los lineamientos a seguir en la ejecución de las diferentes labores de atención a la comunidad que se realiza en las diferentes sedes del Hospital Jose Rufino Vivas

OBJETIVO GENERAL:

Atender al usuario con un servicio integral oportuno y de calidad siguiendo lineamientos estratégicos que orienten su participación en la resolución de las diferentes problemáticas que presente, priorizando la promoción y prevención enfocadas a optimizar la calidad de vida de la población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565 
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

- ✓ Orientar, informar y educar a los usuarios que requieren de nuestro servicio.
- ✓ Promover la integración de redes sociales dirigidas a la atención integral de la familia.
- ✓ Fortalecer la atención al individuo y a su grupo familiar a través de la atención integral.
- ✓ Favorecer en el usuario el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida saludables.
- ✓ Solucionar y mejorar situaciones que el cliente interno por medio de las quejas y reclamos nos dan a conocer.

FORMAS DE MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO:

- Encuestas de Satisfacción Usuaría.
- Buzones de Sugerencias y reclamos.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es establecer las pautas para llevar a cabo encuestas de satisfacción por parte del Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) del Hospital José Rufino Vivas, cumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y los requerimientos del control documental.

2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica al Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) del Hospital José Rufino Vivas para la realización de encuestas de satisfacción en las áreas de consulta externa, urgencias, odontología, laboratorio, radiología, hospitalización y PYMS. El procedimiento garantiza que las encuestas se realicen de manera cordial y amable, y que la información obtenida se tabule de forma semanal. Además, se asegura el cumplimiento de metas e indicadores establecidos y se toman acciones correctivas en caso de identificar áreas de mejora.

3. DEFINICIONES

- **Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU):** El conjunto de procesos y actividades dentro del hospital que se encargan de recibir, atender y gestionar las necesidades y solicitudes de los usuarios, así como de recopilar información relevante para evaluar la calidad del servicio.
- **Encuesta de satisfacción:** Un cuestionario estructurado diseñado para recopilar la opinión y la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio y su satisfacción general.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

- **ISO 9001:2015:** Norma internacional que establece los requisitos para un sistema de gestión de calidad, orientado a mejorar continuamente el desempeño de una organización y cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes.
- **Control documental:** Proceso que garantiza la correcta creación, revisión, aprobación, distribución y actualización de los documentos utilizados en un sistema de gestión de calidad, como manuales, procedimientos, formularios, entre otros.
- **Indicadores de gestión:** Parámetros cuantitativos o cualitativos utilizados para medir el nivel de satisfacción de los usuarios, como puntajes, porcentajes de respuestas positivas o comentarios recurrentes.
- **Metas:** Objetivos específicos y medibles que se establecen para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, generalmente relacionados con los indicadores de satisfacción.
- **Acciones correctivas:** Medidas implementadas para corregir no conformidades o deficiencias identificadas en el proceso de encuestas de satisfacción, con el fin de mejorar la calidad del servicio y la experiencia del usuario.
- **Manual de control documental:** Documento que describe el sistema de control documental implementado en la organización, incluyendo las responsabilidades, procedimientos y lineamientos para la gestión de documentos.

4. RESPONSABILIDADES

- El personal designado del SIAU será responsable de llevar a cabo las encuestas de satisfacción en las áreas designadas.
- La coordinación de calidad será responsable de recibir y analizar la información de las encuestas para el establecimiento de los planes y acciones de mejora.
- El personal designado también será responsable de tabular y analizar la información recopilada de las encuestas.
- El personal de cada área encuestada colaborará proporcionando acceso a los usuarios para completar las encuestas y responderá cualquier pregunta que puedan tener.

5. REQUISITOS GENERALES

Cumplimiento de la norma ISO 9001:2015: El procedimiento para la realización de encuestas de satisfacción debe cumplir con los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2015 para un sistema de gestión de calidad. Esto incluye la identificación y seguimiento de indicadores de satisfacción, la implementación de acciones correctivas y la mejora continua del proceso.

Documentación y control: Todos los documentos relacionados con las encuestas de satisfacción, incluyendo el cuestionario de encuesta, el manual de control documental y los informes generados, deben

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565 
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

ser creados, revisados, aprobados, distribuidos y actualizados de acuerdo con los procedimientos establecidos en el sistema de control documental del hospital.

Capacitación del personal: El personal designado para realizar las encuestas de satisfacción debe recibir capacitación adecuada en técnicas de comunicación asertiva, servicio al cliente y manejo de los cuestionarios de encuesta. Esto garantizará una interacción cordial y amable con los usuarios, así como una correcta administración de las encuestas.

Confidencialidad y privacidad de la información: Se deben tomar medidas para garantizar la confidencialidad y privacidad de la información recopilada durante las encuestas de satisfacción. Los datos de los usuarios deben ser tratados de manera confidencial y utilizada únicamente para fines de análisis y mejora de la calidad del servicio.

Retroalimentación a los usuarios: Se debe establecer un mecanismo para proporcionar retroalimentación a los usuarios sobre las acciones tomadas como resultado de las encuestas de satisfacción. Esto puede incluir comunicaciones periódicas, publicación de resultados o implementación de mejoras tangibles basadas en los comentarios de los usuarios.

Revisión de resultados y seguimiento: Los resultados de las encuestas de satisfacción deben ser revisados regularmente por el personal responsable del SIAU, la coordinación de calidad y la dirección del hospital. Se debe realizar un seguimiento de las acciones correctivas implementadas para asegurar su efectividad y cumplimiento de los objetivos establecidos.

Cumplimiento de metas e indicadores: El procedimiento debe asegurar que se establezcan metas e indicadores de satisfacción claros y medibles. Se deben monitorear y reportar regularmente los resultados para evaluar el desempeño del hospital y tomar medidas correctivas según sea necesario.

Mejora continua: El procedimiento debe fomentar la mejora continua en el proceso de encuestas de satisfacción. Se deben revisar periódicamente los resultados, identificar áreas de mejora y tomar medidas para optimizar el Servicio de Información y Atención al Usuario SIAU y la experiencia de los usuarios.

6. MATERIALES

1. **Cuestionarios de encuesta:** Se deben imprimir suficientes copias de los cuestionarios de encuesta diseñados para cada área específica, asegurándose de contar con un suministro adecuado para realizar las encuestas programadas.
2. **Bolígrafos o lápices:** Proporcionar suficientes bolígrafos o lápices para que los usuarios puedan completar las encuestas de manera adecuada.
3. **Bases de datos o sistemas de tabulación:** Se requiere un sistema o una base de datos adecuada para recopilar y tabular la información de las encuestas de manera eficiente. Esto puede incluir software especializado o una hoja de cálculo para registrar los resultados.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

4. **Equipo de cómputo:** Si se utiliza un sistema de tabulación electrónica, se necesitará un equipo de cómputo, como una computadora o una tableta, para ingresar y procesar los datos de las encuestas.
5. **Papelería y suministros de oficina:** Se deben contar con suministros adicionales, como carpetas, hojas de papel, clips, etc., para organizar y archivar los cuestionarios y los informes generados.
6. **Acceso a internet:** Si se utiliza un sistema de tabulación en línea o si se requiere enviar los informes por correo electrónico, se debe contar con acceso a internet confiable.
7. **Material de comunicación:** Se pueden utilizar carteles, letreros o folletos informativos para informar a los usuarios sobre la realización de las encuestas y alentar su participación.
8. **Material de Digitalización:** Escáner para la digitalización de las encuestas.
9. **Material de almacenamiento de información:** Se puede utilizar un Disco duro o una USB para almacenar las encuestas digitalizadas y crear un respaldo para la custodia de ellas.

7. PROCEDIMIENTO

7.1. Preparación de las encuestas:

- a) El personal del SIAU desarrollará un cuestionario de encuesta de satisfacción basado en los indicadores y metas establecidos.
- b) El cuestionario incluirá preguntas relacionadas con la experiencia del usuario en cada área específica y se diseñará de manera clara y concisa.
- c) El cuestionario se revisará y aprobará antes de su implementación.

7.2. Planificación de las encuestas:

- a. Se establecerá un cronograma semanal para realizar las encuestas en cada área designada.
- b. El personal del SIAU coordinará con el personal de cada área para determinar los horarios y las ubicaciones adecuadas para llevar a cabo las encuestas.

7.3. Realización de las encuestas:

- a. El personal del SIAU se presentará en cada área designada según el cronograma establecido.
- b. Se abordará a los usuarios de manera cordial y amable, explicando el propósito de la encuesta y brindando instrucciones claras sobre cómo completarla.
- c. El personal del SIAU responderá cualquier pregunta adicional que los usuarios puedan tener relacionada con el proceso de encuesta.

	MANUAL DE SIAU			 
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

7.4. Tabulación, Digitalización y análisis de la información:

- El personal del SIAU recopilará todas las encuestas completadas y las tabulará en una base de datos o sistema adecuado.
- El personal del siau digitalizará las encuestas realizadas mes a mes, por áreas.
- Se analizará la información obtenida para identificar patrones, tendencias y áreas de mejora.
- Se generarán informes semanales que reflejen los resultados de las encuestas y se enviarán a la coordinación de calidad y la dirección del hospital.

7.5. Destrucción física de las encuestas ya digitalizadas y custodiadas:

- Una vez las encuestas este digitalizadas y custodiadas, el personal del siau entregará las encuestas físicas a la persona encargada de archivo, quien procederá para la destrucción de las mismas.

7.6. Reporte de información e informe:

- El personal designado del SIAU en conjunto con la coordinación de calidad serán responsables de recopilar y preparar la información relevante para el reporte de actividades.
- El personal designado también será responsable de generar el informe y enviarlo a la Coordinación de Calidad dentro de los plazos establecidos.

7.7. Seguimiento y acciones correctivas:

- Se revisarán los resultados de las encuestas y se identificarán las áreas de mejora.
- Se establecerán acciones correctivas para abordar las deficiencias identificadas.
- El personal del SIAU realizará un seguimiento regular para asegurarse de que las acciones correctivas se implementen de manera oportuna y efectiva.

7.8. Revisión y mejora continua:

- El procedimiento se revisará periódicamente para asegurar su eficacia y cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- Se realizarán mejoras según sea necesario para optimizar el proceso de encuestas de satisfacción.

8. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Se recomienda capacitar al personal del SIAU en técnicas de comunicación efectiva y servicio al cliente para garantizar una interacción cordial y amable con los usuarios durante las encuestas.

Es importante establecer metas e indicadores claros relacionados con la satisfacción del usuario y monitorear regularmente los resultados para evaluar el desempeño del hospital.

Además de las funciones mencionadas, se deben incluir todas las tareas y responsabilidades específicas relacionadas con el SIAU y la realización de encuestas de satisfacción en el manual de control documental.

	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

El cumplimiento de estos requisitos generales garantizará la efectividad y la conformidad del procedimiento de encuestas de satisfacción del SIAU del Hospital José Rufino Vivas con los estándares de calidad establecidos y promoverá la mejora continua en la atención al usuario.

9. ACCIONES A TOMAR EN EVENTOS ADVERSOS

Identificación de condiciones anormales: El personal del SIAU debe estar capacitado para identificar y reconocer situaciones o condiciones que puedan considerarse anormales o fuera de lo habitual en el proceso de encuestas de satisfacción. Esto puede incluir problemas técnicos, falta de participación de los usuarios, respuestas inesperadas o cualquier otro evento inusual.

Documentación y notificación: En caso de condiciones anormales, el personal del SIAU debe documentar detalladamente la situación, incluyendo la descripción del problema, la fecha y hora de ocurrencia y cualquier otra información relevante. Además, se debe notificar de inmediato a la Coordinación de Calidad y proporcionar la información recopilada.

Evaluación del impacto: La Coordinación de Calidad, en colaboración con el personal del SIAU, debe evaluar el impacto de las condiciones anormales en los resultados y en la validez de las encuestas de satisfacción. Esto implica determinar si las condiciones anormales afectaron la calidad de la información obtenida o si requieren tomar acciones correctivas adicionales.

Acciones correctivas: En función de la evaluación realizada, se deben tomar las acciones correctivas necesarias para abordar las condiciones anormales identificadas. Esto puede incluir la repetición de encuestas, la realización de encuestas adicionales, la corrección de errores técnicos, la comunicación con los usuarios afectados, entre otras acciones pertinentes.

Seguimiento y análisis: Una vez implementadas las acciones correctivas, se debe realizar un seguimiento para evaluar su efectividad y verificar si se han solucionado las condiciones anormales identificadas. Además, se debe realizar un análisis adicional de los datos obtenidos para asegurar la validez y la integridad de los resultados.

	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

HORARIOS DE ATENCION SIAU ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

El horario de atención debe ser acorde a las necesidades de los usuarios y el mismo debe publicarse en la página web y en la sede en un lugar visible a la ciudadanía.

SEDE/ HORARIO	LUNES A VIERNES	SÁBADOS	DOMINGOS
DAGUA	06:30 am a 12:00 m y 01:30 a 05:00 pm	No hay atención	No hay atención
KM30	06:30 am a 12:00 m y 01:30 a 05:00 pm	No hay atención	No hay atención
QUEREMAL	06:30 am a 12:00 m y 01:30 a 05:00 pm	No hay atención	No hay atención

Los medios para acceder a citas médicas y odontológicas son:

- Presencial en el horario de 6:30am a 7 am solo consulta externa
- Vía Whatsapp:
Dagua : 3154251370

Atención preferencial: Se cuenta con un mecanismo de atención prioritaria, mediante ventanillas de uso exclusivo debidamente identificadas que permita la trazabilidad de la atención, para la población con derecho a atención preferencial como es la población adulta mayor, las madres gestantes, las personas en condición de discapacidad y quienes por condiciones de debilidad evidente o manifiesta así lo requieran, así como silletería identificada para esta población.

	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565	
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

FUNCIONES DE SIAU

PERFIL DE LA AUXILIAR ADMINISTRATIVA – SIAU

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEO	
NIVEL	Asistencial
DENOMINACIÓN DEL EMPLEO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
CÓDIGO	407
GRADO	
N° DE CARGOS	UNO (1)
DEPENDENCIA	Coordinación de Calidad
NATURALEZA DEL CARGO	Calidad
CARGO DEL JEFE INMEDIATO	Coordinación de Calidad
II. ÁREA FUNCIONAL	
MACROPROCESO DE ATENCIÓN - ESTRATÉGICO Atención Al Usuario	
III. PROPÓSITO PRINCIPAL	
Ejecutar y aplicar los conocimientos de la profesión en la coordinación, ejecución y seguimiento a los procesos de Información y Atención al Usuario y asegurar que la que la información y comunicación sea oportuna, suficiente y estandarizada centrada en el ciudadano, de tal forma que los usuarios y ciudadanos satisfagan sus demandas, conforme con la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano y los lineamientos de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública y los estándares del SISTEMA GENERAL DE LA CALIDAD y la participación comunitaria de acuerdo con las políticas del MIPG, la Ley y procedimientos Internos.	
IV. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES	
1. Apoyar el agendamiento de citas y manejo de agenda. 2. Proveer información clara y precisa sobre servicios, trámites y procedimientos ofrecidos por la entidad. 3. Orientar a los usuarios en el uso de las plataformas o sistemas disponibles para resolver sus inquietudes o requerimientos. 4. Escuchar y guiar a los usuarios en el registro de PQRSF (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones), según el caso. 5. Brindar información sobre el estado de las PQRSF al usuario y garantizar su cierre efectivo. 6. Registrar y Analizar las PQRSF de manera mensual y trimestral. 7. Escalar problemas a niveles superiores o áreas competentes cuando no puedan ser resueltos en el primer contacto. 8. Asegurar que las respuestas a los usuarios sean oportunas y de calidad. 9. Fungir como puente entre los usuarios y las distintas áreas de la organización. 10. Facilitar la comunicación efectiva entre el usuario y la entidad, garantizando que se comprendan mutuamente. 11. Participar en la implementación de estrategias para mejorar la experiencia del usuario. 12. Elaborar y presentar informes sobre indicadores de satisfacción del usuario, según indicador	
— Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS y Proporción de usuarios que	

	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565 
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

recomendaría su IPS a familiares y amigos

13. Contribuir con elementos técnicos y metodológicos en la elaboración de estudios estadísticos y presentar informes de estos de conformidad con los lineamientos recibidos.
14. Apoyar y brindar las capacitaciones que le sean solicitadas de su área.
15. Organizar y tabular la información necesaria para abordar asuntos del área de desempeño.
16. Proyectar y digitar los documentos y demás información que se requieran en la dependencia.
17. Organizar los archivos de investigaciones, estudios, planes, programas y proyectos del área de desempeño, mantenerlos actualizados y responder por su custodia y cuidado.
18. Consolidar y tabular las encuestas de satisfacción para el informe mensual (Indicador).
19. Apoyar, preparar, elaborar y presentar los diferentes informes del área a los Entes de Control y los informes que le sean solicitados.
20. Establecer y mantener relaciones con las diferentes áreas con el objetivo de dar apoyo a la gestión de los estándares asistenciales del PAMEC.

V. CONOCIMIENTOS BÁSICOS O ESENCIALES

- Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Sistema Gestión de la Calidad
- Plan de Desarrollo Institucional.
- Portafolio de oferta de servicios del Hospital.
- Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano.
- Política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano.
- Política de racionalización de trámites.
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- Directrices y procedimientos del SIAU.
- Modalidades de participación social de la prestación de los servicios de salud.
- Modelo integrado de Planeación y Gestión.
- Estrategias de Rendición de Cuentas.
- Derechos y deberes del paciente.
- Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

VII. EVIDENCIAS

DE DESEMPEÑO	DE PRODUCTO
● Apoyar el agendamiento de citas y manejo de agenda ● Proveer información clara sobre servicios, trámites y procedimientos ● Orientar a usuarios en uso de plataformas y sistemas ● Escuchar y registrar PQRSF ● Apoyar la apertura de buzones de las PQRSF ● Escalar problemas a niveles superiores ● Fungir como puente entre usuario y áreas ● Elaborar informes de satisfacción del usuario ● Apoyar y brindar capacitaciones ● Organizar y tabular información del área	● Agenda institucional actualizada, reportes de programación y cumplimiento de citas. ● Registro de solicitudes atendidas con detalle de la información suministrada. ● Reportes de asistencia y acompañamiento a usuarios en herramientas digitales. ● Formatos o registros electrónicos de PQRS correctamente diligenciados. ● Registrar el número de PQRS encontradas en los buzones de sugerencia ● Registros formales de escalamiento y trazabilidad de casos. ● Comunicaciones internas documentadas entre

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		
● Proyectar y digitar documentos ● Organizar archivos y mantenerlos actualizados ● Consolidar encuestas de satisfacción ● Apoyar gestión de estándares PAMEC			áreas y usuarios. ● Informe mensual del indicador 'Proporción de Satisfacción Global' y 'Proporción de recomendación de la IPS' con gráficas y análisis. ● Listado de asistencia, material didáctico y memorias de capacitación. ● Bases de datos y reportes tabulados listos para análisis. ● Documentos oficiales elaborados con control de versiones. ● Informe mensual de tabulación de encuestas con resultados e interpretación. ● Registro de actividades y reportes de avance en la implementación de estándares.		
DE CONOCIMIENTO					
VIII. COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES					
COMUNES			POR NIVEL JERÁRQUICO		
▪ Aprendizaje continuo. ▪ Orientación hacia resultados. ▪ Orientación al usuario y al ciudadano. ▪ Compromiso con la Organización. ▪ Trabajo en equipo. - Adaptación al cambio.			▪ Aporte técnico-profesional. ▪ Comunicación efectiva. ▪ Gestión de procedimientos. ▪ Instrumentación de decisiones. ▪ Dirección y desarrollo personal. - Toma de decisiones.		
IX REQUISITOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA					
FORMACIÓN ACADÉMICA			EXPERIENCIA		
▪ Administración de Empresas, Administración de Empresas de Salud, Administración Empresarial, Administración Financiera, Administración Hospitalaria, Administrativa de Empresas de Salud, Gestión de Empresas de Servicios, del núcleo básico de conocimiento de Administración. ▪ Certificación y diplomado de Formación en SGC- ISO 9001- Ver 2015.			▪ Doce (12) meses de experiencia en Implementación de procesos y manejo del Sistema General de la Calidad.		

INFORMAR A LOS USUARIOS

Dar a conocer los servicios que la institución brinda, su calidad, ventajas y condiciones.

La comunicación se debe iniciar desde el primer contacto con el usuario iniciando con todos los datos concerniente a la prestación de los servicios que la E.S.E presta en sus diferentes sedes, su

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-01	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

calidad, ventajas, garantías y dar a conocer las condiciones y requisitos que debe presentar para acceder a los diferentes servicios, además se debe educar sobre el adecuado uso de los servicios.

APOYAR TRÁMITES DEL USUARIO

Apoyar a los usuarios con dificultades relacionados con el proceso de atención clínica

- ✓ Identificar Usuarios
- ✓ Ubicar e informar a los usuarios
- ✓ Gestionar la consecución de citas médicas y odontológicas
- ✓ Apoyar y respetar prácticas étnicas religiosas y culturales.
- ✓ Respalda la consecución de elementos requeridos
- ✓ Promover aseguramiento de los usuarios
- ✓ Preservar de patrones culturales

TRAMITAR QUEJAS Y RECLAMOS

- ✓ En la educación permanente a los usuarios se debe orientar como se debe hacer para el diligenciamiento de quejas, reclamos felicitaciones y sugerencias.
- ✓ Dar a conocer las quejas
- ✓ reclamos y sugerencias al subgerente científico o administrativo para una oportuna respuesta.
- ✓ Conocer las causas de insatisfacción de los usuarios
- ✓ Realimentar los procesos asistenciales y administrativos de la E.S.E.
- ✓ Establecer programas de mejoramiento.

	MANUAL DE SIAU			 
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

MEDIR SATISFACCIÓN DEL USUARIO

- ✓ Brindar información a los usuarios para el diligenciamiento del formato de satisfacción.
- ✓ Hacer consolidado mensual, trimestral, semestral y anual de la información.
- ✓ Generar planes de mejoramiento de acuerdo al análisis de la medición de satisfacción
- ✓ Conocer necesidades y expectativas de los usuarios
- ✓ Conocer percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios

GENERAR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

- ✓ Incentivar y facilitar la participación social
- ✓ Creación Alianza de Usuarios
- ✓ Participación mediante delegado en la Junta directiva
- ✓ Participación mediante delegado en el Comité de Ética Hospitalaria

PROMOVER USO ADECUADO DE LA RED DE SERVICIOS

- ✓ Educar, informar y orientar a los usuarios sobre la oferta de servicios, los prestadores contratados y las condiciones determinadas para la prestación.
- ✓ Promover un buen uso de los servicios
- ✓ Racionalizar la demanda
- ✓ Asegurar la disponibilidad en la oferta

Se debe implementar un mecanismo mediante carteleras físicas y/o digitales donde se informe permanentemente a los usuarios de la sala de espera, sobre los siguientes temas:

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos por la vigilada.
- Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
- El derecho a que se entregue el formato de negación de servicios, si es del caso.
- Mecanismos de participación ciudadana.
- La demás información que el vigilado considere relevante.

	MANUAL DE SIAU			 
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

IMPORTANCIA DE LA INFORMACION.

Nuestra ESE necesita dar a conocer información tanto a los usuarios como a otros actores del SGSS para tratar de satisfacer sus requerimientos, regular y armonizar las relaciones con los usuarios, los aseguradores, otros prestadores y la comunidad para lograr mejorar el nivel de satisfacción del usuario frente al servicio prestado.

BENEFICIOS PARA EL USUARIO:

- ✓ Accesibilidad a los servicios de salud y la oportunidad en la atención.
- ✓ Conocer los distintos escenarios y formas de participación social en salud y la manera de involucrarse en ellos.
- ✓ Aprender a hacer un uso adecuado de los servicios y conocer las características y condiciones de la oferta de servicios.
- ✓ Realizar una mejor elección del asegurador y prestador y hacer un uso autónomo de su derecho a la libre escogencia.
- ✓ satisfacer sus necesidades de información.
- ✓ fortalecer la confianza en los servicios prestados por la ESE.

BENEFICIOS PARA HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS E.S.E.

- ✓ Promocionar los servicios que presta basados en estándares de calidad.
- ✓ Ganar confianza de los usuarios.
- ✓ Eliminar barreras de accesibilidad de los usuarios.
- ✓ Promover el uso adecuado de los servicios.
- ✓ Promover el portafolio de servicios.

INFORMACION QUE SE DEBE SUMINISTRAR.

Prestación de servicios.

- ✓ Planes de beneficios POS-POS-s
- ✓ Servicios que se prestan en la institución.
- ✓ Horarios de atención.
- ✓ Ventajas en la atención en nuestra institución.
- ✓ Teléfonos a los cuales se puede comunicar.
- ✓ Requisitos que debe presentar para acceder al servicio.
- ✓ Nombre y méritos de los profesionales que prestan el servicio.
- ✓ Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- ✓ Derechos y deberes de los pacientes.

	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

Deberes y derechos de los pacientes.

Mis Derechos como paciente

- 01 A elegir libremente a tu médico y a recibir durante todo el proceso de la enfermedad una asistencia oportuna, pertinente y segura.
- 02 A disfrutar de una **comunicación plena y clara** con tu médico tratante.
- 03 A recibir un trato digno y respeto a tus creencias y costumbres, así como las opiniones que tengas sobre la enfermedad que sufres.
- 04 Derecho a aceptar, **autorizar o rechazar el tratamiento** ofrecido y a seguir siendo atendido en caso de no aceptarlo.
- 05 A que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y solo con tu autorización puedan ser consultados.
- 06 A **recibir y revisar la información** acerca de los costos por los servicios obtenidos.
- 07 A que se respete tu voluntad de participar o no en investigaciones.
- 08 A **ser escuchado y obtener respuestas a tus reclamos** o inquietudes, además tienes derecho a ser informado sobre tus derechos y deberes.
- 09 A la información permanente, relacionada con cambios de horario, retrasos, imprevistos, etc., que puedan afectar la prestación del servicio. Información brindada no solo al paciente sino también a las personas responsables del mismo.

Mis Deberes como paciente

- 01 De **cumplir y respetar las normas institucionales y las instrucciones** proporcionadas por el equipo de profesionales de la CLÍNICA VISIÓN COLOMBIA.
- 02 De **tratar con dignidad y respeto** al personal que está a tu servicio, además de respetar la intimidad de los demás pacientes.
- 03 De **cuidar y hacer uso racional de los recursos**, las instalaciones, la dotación y demás servicios que VISIÓN COLOMBIA tiene disponibles para ti.
- 04 De **suministrar información oportuna**, clara, veraz y completa sobre tu estado de salud para que la institución pueda brindarte el cuidado apropiado y pertinente.
- 05 De **presentar la orden de prestación de servicios** y tu documento de identificación para recibir la atención médica. Debes **cumplir con el pago de los servicios** prestados por la clínica, llegar a la cita con 20 minutos de anticipación y en caso de no poder asistir a la misma, debes cancelarla telefónicamente con 24 horas de anticipación.
- 06 De **exigir el respeto de tus derechos** como paciente.
- 07 De **informar oportunamente o acudir de forma inmediata** con tu oftalmólogo, en caso de presentarse cambios inesperados en tu estado de salud.
- 08 Todo **paciente menor de edad** o que presente alguna discapacidad, que asista a consulta de oftalmología, exámenes diagnósticos o cirugía de oftalmología, debe **ingresar con un acompañante**.
- 09 De **notificar de manera respetuosa y clara tus peticiones**, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, para lo cual, podrá hacer uso de los formatos de peticiones, quejas y reclamos o la encuesta de satisfacción del cliente, disponibles en nuestra oficina de atención al paciente.

La información debe ser permanente a todos nuestros usuarios aprovechando espacios en sala de espera y a todo usuario que solicite información, además se utilizarán los medios gráficos como volante plegables y por medio radial.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

RESOLUCION DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS (PQR)

1. OBJETIVO

Determinar la metodología para resolver de manera oportuna y hacer seguimiento a las PQRSF interpuestas por los usuarios y sugerencias manifestadas en un periodo determinado, así como medir el grado de satisfacción con el fin de tomar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo en la prestación del servicio para satisfacción de los usuarios.

2. ALCANCE:

Este procedimiento aplica desde el momento que el usuario interpone una Petición, Queja, Reclamo, Solicitud y/o Felicitaciones, la apertura del buzón hasta el cierre eficaz de la misma, incluye la retroalimentación al usuario, así como la aplicación y tabulación de las encuestas de satisfacción hasta la implementación de las acciones respectivas.

3. DEFINICIONES:

Petición: Solicitud de información o servicio.

Queja: Expresión de inconformidad con un servicio recibido

Reclamo: Exigencia de corrección frente a una inconformidad.

Sugerencia: Es el aporte del cliente u otra parte interesada para expresar propuestas de mejora de un producto o servicio.

Felicitaciones: Reconocimiento positivo hacia un servicio o persona.

4. REQUISITOS GENERALES

- Cuando el usuario manifiesta una PQRSF, siempre que sea posible se aplicara una solución inmediata.
- El Formato de registro de PQRSF debe estar siempre disponibles y al alcance del usuario.
- El Buzón de sugerencias debe estar disponibles y al alcance del usuario, este se abrirá dos veces por semana

5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

5.1 Gestión de la Petición, Quejas, Reclamo, Sugerencias o Felicitación por parte del usuario

Recepción y registro de la PQRSF:

Las PQRSF se reciben de varias formas, por correo certificado, correo electrónico, carta que elabora el usuario directamente o por medio del formato F-CA-14 FORMATO DE SUGERENCIAS

	MANUAL DE SIAU			 
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

INCONFORMIDADES / FELICITACIONES, el cual se encuentra ubicado en la oficina del SIAU y Buzones de Sugerencias. Este se radica por ventanilla única direccionado a control interno, quien hace la relación y seguimiento al cierre de la PQRSF. Finalmente, la entrega a la coordinación de calidad para el proceso de gestión y respuesta de las mismas.

Gestión de la queja:

Se entrega copia al líder del proceso del cual se presentó la inconformidad para el previo análisis e investigación, este proceso se realiza en un término no mayor a 5 días calendarios (por peticiones generales), el cual se realizará la socialización al líder de calidad y en conjunto se diligencie el formato de la PQRSF con sus respectivas firmas y emisión de la respuesta final al usuario, como también el seguimiento de las acciones de mejora y compromisos establecidos en la queja se realizaran en conjunto con el líder del proceso y líder de calidad.

Por cualquier medio que llegue la queja el procedimiento para su trámite es el mismo

Responsable: Auxiliar SIAU

Registro: Registro de queja o sugerencia.

Apertura de buzones:

La auxiliar del SIAU realiza la apertura de los buzones que se encuentran ubicados en los diferentes servicios, se realiza dos veces a la semana, en presencia de una persona de la comunidad o usuario, de lo cual se deja constancia en el acta respectiva **F-CA-15 ACTA DE APERTURA BUZON PQRSF**, depositar toda la información recolectada en un sobre de manila y entregar a la coordinadora de calidad con firma de entrega y recibido. La coordinación de calidad realiza las acciones correctivas y preventivas que estén a su alcance y elabora un informe con la relación de todas las sugerencias encontradas, se lo presenta al gerente para la retroalimentación correspondiente y la gestión de las cuales no están al alcance del área de calidad.

Responsable: Líder del proceso - Auxiliar SIAU

Registro: Acta de apertura de buzón

Investigación de la PQRSF:

Con base a la información obtenida a través de las PQRSF se realiza la investigación respectiva sobre los sucesos descritos por el usuario, la investigación es realizada por la coordinadora de calidad en conjunto con personas las involucradas en la queja.

Responsable: Líder del proceso - Coordinadora de calidad

Registro: Respuesta firmada por el usuario

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

Respuesta al usuario:

Una vez culminada la investigación el auxiliar SIAU, emiten la respuesta correspondiente al usuario, la cual no debe exceder el tiempo estipulado (carácter administrativo su tiempo de respuesta será de 3 días hábiles y área asistencial esta tendrá un trámite no mayor a 15 días calendario).

La respuesta es enviada hasta el lugar de residencia del usuario (dejando la evidencia respectiva), en el caso que en la PQRSF no incluya la dirección se emite una alerta en el sistema RFAS con el fin de informar cuando el paciente asista a facturar cualquier tipo de servicio, donde el sistema informa que el usuario debe ser remitido a la oficina del SIAU para la entrega de la respuesta pendiente.

En el evento que el usuario se rehúse a recibir la respuesta esta será enviada a través de correo electrónico, si el usuario ha suministrado esta información, se deja evidencia del correo enviado.

Responsable: Auxiliar SIAU – funcionario que recibe la alerta de RFAS

Registro: RFAS - respuesta firmada por el usuario.

Cierre de la PQRSF:

Esta considera cerrada cuando el usuario queda satisfecho en las siguientes circunstancias:

- a. Se brinda respuesta oportuna y satisfactoria en el caso de presentar queja por los servicios ofrecidos.
- b. Se comunica de las acciones tomadas cuando se presenta inconformidad por la atención recibida por parte de los funcionarios de la institución.

Una vez se da cierre a la queja se deja evidencia respectiva de la repuesta brindada al usuario.

Responsable: Líder del proceso

Registro: Respuesta firmada por el usuario

Tabulación de la información:

Con la cantidad de PQRSF recibidas en un periodo Vs las respuestas enviadas dentro del tiempo establecido se construye el indicador respectivo, para medir la oportunidad en la respuesta e implementación de las acciones necesarias.

Las quejas son clasificadas de acuerdo a los requisitos del cliente.

Responsable: Coordinación de Calidad

Registro: Matriz de Consolidación de PQRS

Seguimiento a las acciones:

El seguimiento a la eficacia de las acciones implementadas se realiza mensualmente a través de la revisión de indicadores.

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 ISO 9001 SC-CER185565	 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	FORMATO DE SUGERENCIAS INCONFORMIDADES / FELICITACIONES				 ISO 9001 SC-CER185565	 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM
	F-CA-14		FECHA: febrero 2024			
PETICION	QUEJA	RECLAMO	SUGERENCIA	FELICITACIONES		
HOSPITAL DAGUA	KM 30	QUEREMAL	LOBOGUERRERO	OTRO		
FECHA:						
DATOS DEL USUARIO						
NOMBRE DEL USUARIO:						
DOCUMENTO DE IDENTIDAD : EDAD:						
DIRECCION DE RESIDENCIA :						
MUNICIPIO, VEREDA:						
TELEFONO:						
CORREO ELECTRONICO:						
DATOS DEL PETICIONARIO						
NOMBRE DEL USUARIO:						
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:						
DIRECCION DE RESIDENCIA :						
MUNICIPIO, VEREDA:						
TELEFONO:						
CORREO ELECTRONICO:						
REGIMEN DE AFILIACION :						
CONTRIBUTIVO ____ SUBSIDIADO ____ VINCULADO ____ NOMBRE EPS _____						
PARTICULAR ____ SOAT ____ OTRO _____						
SERVICIO QUE CONSULTO:						
CONSULTA EXTERNA	_____	FARMACIA	_____			
URGENCIAS	_____	ECOGRAFIAS	_____			
HOSPITALIZACION	_____	AMBULACIA	_____			
ODONTOLOGIA	_____	PROMOCION Y PREVENCIÓN	_____			
LABORATORIO CLINICO	_____	RAYOS X	_____			
GINECOLOGIA	_____	PORTERIA	_____			
FACTURACION	_____	VENTANILLA UNICA	_____			
OTRO	_____		_____			
DESCRIPCION DE LOS HECHOS						
FIRMA DEL PETICIONARIO:						

[illegible]

[illegible]

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			 SC-CER185565	
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08		

FORMATO DE CONTROL DE PQRSF

Matriz de Consolidación de PQRS.D.xlsx - Excel											
OBTENGA OFFICE AUTÉNTICO Su licencia no es original y puede ser víctima de una falsificación de software. Evite las interrupciones y mantenga sus archivos a salvo con una licencia original de Office hoy mismo.											
Y269 CRISTIAN TAPIAS											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
	NUMERO DE PQRSF	ESE, IPS O CENTRO DE SALUD QUE RECIBE LA PQRS	NOMBRE INSTITUCIÓN DONDE SE ORIGINÓ LA PQRS	MUNICIPIO	TIPO PQRS	MEDIO DE PRESENTACION DE LA PQRS	NUMERO DE RADICADO DE ENTRADA	FECHA DE SOLICITUD DE PQRS DD/MM/AÑO	FECHA DE RADICADO DE PQRS DD/MM/AÑO	NOMBRE PETICIONARIO	CEL PETICIONARIO
163	162	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0078	4/12/2024	13/1/2025	MIGUEL HURTADO	1007
164	163	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0079	4/12/2024	13/1/2025	ALEJANDRO HERRERA	1144
165	164	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0080	4/12/2024	13/1/2025	ADOLFO MANRIQUE CUADRADO	168
166	165	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0081	4/12/2024	13/1/2025	VICTOR ALFONSO VIDAL	167
167	166	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0083	4/12/2024	13/1/2024	OSCAR ERMILSON MUÑOZ	944
168	167	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0084	4/12/2024	13/1/2025	HECTOR FABIO QUEBRADA PRADO	1107
169	168	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0093	4/12/2024	13/1/2025	MIRELLA MARTINEZ GOMEZ	669
170	169	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0095	4/12/2024	13/1/2025	HERNAN STIVEN CAICEDO	1111
171	170	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0042	4/12/2024	13/1/2025	SHIRLEY MARCELA SEÑA NAVARRO	1101
172	171	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0043	4/12/2024	13/1/2025	OMAIRA OLIVAR	312
173	172	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0050	4/12/2024	13/1/2025	YURI FERNANDA MENESES	NO RE
174	173	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0054	4/12/2024	13/1/2025	YUSMEIXIS OSTA	787
175	174	HJRV	Puesto de salud KM 30	Dagua	FELICITACIONES	PERSONAL	0061	4/12/2024	13/1/2025	BERNARDINO CHACON	621

 JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL CALIDAD, VOCACIÓN & EXCELENCIA EN SALUD 890305496-9	MANUAL DE SIAU			  SC-CER185565
	Código: M-CA-MS-14	Fecha: MAYO 2026	Versión: 08	

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Superintendencia nacional de salud. Circular externa número 000008 del 14 de septiembre de 2018. Disponible en:
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20008%20DE%202018.pdf>
- ✓ Departamento nacional de planeación. Programa nacional de servicio al ciudadano. Normativa para peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (pqrsf). Disponible en:
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa%20Nacional%20del%20Servicio%20al%20Ciudadano/NORMATIVA%20GESTI%C3%93N%20PQRSF%20F.pdf>

	 Javier Alexander A. Ing. Industrial - Javeriana Cali Matrícula 75228 - 202591 V.L. C.C. 94422.066	
ELABORADO POR: Aura María Arias Franco	REVISADO POR: Javier Alexander Alomia J	APROBADO POR: Francisco Fonseca Amaris
FECHA: Mayo de 2026	FECHA: Mayo de 2026	FECHA: Mayo de 2026