



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.
NIT 822.001.338-0

PROTOCOLO DE BUZÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES

VERSION 9

Agosto 2023



1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Coordinar la adecuada canalización, resolución y respuesta de las inquietudes, peticiones, sugerencias quejas, reclamos y felicitaciones realizadas por los clientes externos de la institución y entes de control, en ejercicio del derecho de petición y las que por cualquier medio sean de conocimiento de la entidad, de acuerdo con los procedimientos institucionales y normatividad vigente

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ☞ Promover con su actitud y ejercicio profesional la cultura del servicio bajo los principios de humanización, oportunidad eficiencia y eficacia.
- ☞ Velar por que en la atención que se preste, prevalezcan los derechos del paciente.
- ☞ Brindar una adecuada oportuna eficiente, eficaz, cálida y amable atención al usuario y al público en general y suministrar información clara y oportuna.
- ☞ Ejecutar y evaluar el plan de mejoramiento continuo de los procesos y verificar la respuesta oportuna a las quejas sugerencias, reclamos y felicitaciones de los usuarios.

2. DEFINICIONES

PETICIÓN: Solicitud a través de la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

QUEJA: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.

RECLAMO: Solicitud a través de la cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sector Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

RECLAMO DE RIESGO SIMPLE: Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la



integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector.

RECLAMO DE RIESGO PRIORIZADO: Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.




RECLAMO DE RIESGO VITAL: Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

SUGERENCIA: Es la proposición, insinuación, indicación explicación para adecuar o mejorar un proceso cuyo objeto es la prestación de un servicio.



FELICITACIÓN: Es la observación que realiza el usuario destacando su satisfacción con el proceso de atención, con un funcionario en específico o con toda la entidad en general.

BUZÓN DE PQR: consiste en un receptáculo donde los usuarios depositan las PQR diligenciadas, este permanecerá bajo llave.

VENTAJAS:

-  Anónimo
-  Bajo costo
-  Fácil de implementar

DESVENTAJAS:

-  Selecciona muestra de personas "contentas o descontentas"
-  Uso limitado a personas que leen y escriben



3. INDICACIONES

- ☞ Tener siempre a disposición los formatos de encuestas en las sedes de consulta externa, en los demás servicios las encuestas se realizarán de manera presencial, o de manera telefónica.
- ☞ Abrir el buzón de encuestas cada vez que se considere necesario (cuando se observen PQR dentro) y de manera mensual, los primeros 5 días.
- ☞ Tramitar los comentarios del buzón como PQR.
- ☞ Revisar que el buzón de encuestas este en buen estado.
- ☞ Verificar que el buzón se encuentre siempre bajo llave.

4. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- ☞ Auxiliar administrativo de calidad
- ☞ Auditor de calidad
- ☞ Coordinadora de calidad
- ☞ Coordinadores de sedes
- ☞ Gerencia
- ☞ Todo el personal que esté relacionado con una PQR interpuesta por un paciente o familiar.

5. MATERIAL Y EQUIPOS

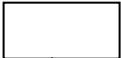




- ☞ Lapicero
- ☞ Formatos de encuestas y PQR verbales
- ☞ Acta de apertura de buzón
- ☞ Formato de plan de mejora
- ☞ Buzón de sugerencias
- ☞ Llaves del buzón de sugerencias

6. PROCEDIMIENTO



FLUJOGRAMA	QUE	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE
	Verificar que el buzón este en buen estado.	Auxiliar administrativo de calidad.	Cada vez que se observen PQRF dentro del buzón y Mensualmente (los cinco primeros días de cada mes)	Observando con cuidado y detenimiento si está en buen estado y se garantiza la seguridad de las encuestas.	En recepción o estación de enfermería de la sede o Servicio.
	Abrir el buzón	Auxiliar administrativo de calidad.	Cada vez que se observen PQRF dentro del buzón y Mensualmente (los cinco primeros días de cada mes)	Abriéndolo con la llave y sacando lo que hay dentro.	En recepción o estación de enfermería de la sede o Servicio.
	Revisar si hay PQRF	Auxiliar administrativo de calidad.	Después de sacar las PQR que se encuentran dentro del buzón.	Revisar la PQRF e indagar al personal en caso de solicitarse algún dato mas	En recepción o estación de enfermería de la sede o Servicio.
	Diligenciar el formato.	Auxiliar administrativo de calidad.	Cuando se revise el buzón	Describir completa y concretamente, en donde indique los datos básicos y necesarios solicitados en el formato de apertura del buzón	En recepción o estación de enfermería de la sede o Servicio.
	Analizar las PQRF	Auxiliar administrativo de calidad y Profesionales de Calidad.	Cuando se lee la PQRF.	Se da lectura, se analiza la objetividad de la PQRF, se determina si es una petición, queja, reclamo o felicitación, o PQRF con riesgo de vida, se define si requiere acción de mejora.(para establecer si es petición, queja, reclamo, felicitación o etc) y se diligencia el formato de análisis y revisión de PQRF con los datos solicitados	Oficina de calidad
	Elaborar plan de mejora, carta de felicitación o exclusión.	Profesional responsable de SIAU (Auditora de calidad)	Cuando se terminen de revisar las encuestas	El plan de mejora se realizara por medio de la matriz 5w 1h, en articulación con los coordinadores de sede o funcionarios implicados en la PQRF; en caso de felicitación se realizara por medio de un oficio, o de lo contrario se realizara exclusión al plan de mejora en el respectivo formato.	Oficina de calidad



 ↓	Revisar los planes de mejora y aprobarlos	Coordinadora de calidad	Cuando estén diligenciados todos los planes de mejora	Revisando cada plan, firmando los aprobados y corrigiendo los que sea necesario	Oficina de calidad
 ↓	Tabulación de PQR (comentario) en Excel	Profesional responsable de SIAU (Auditora de calidad)	Después de realizado el análisis y el plan de mejora, felicitación o exclusión	Se tabulara en el excel de PQRF cada uno de los comentarios como lo establece el Manual de SIAU (9.1)	Oficina de calidad
 ↓	Archivo de acta de apertura de buzón y PQRF, análisis, plan de mejora, carta de felicitación o exclusión.	Auxiliar administrativo de calidad	Después de la tabulación	Las PQRF extraídas del buzón se archivan junto con el acta de apertura de buzón, cuando no se hayan PQRF en el buzón se archiva el acta sin anexos.	Oficina de calidad
 ↓	Seguimiento al plan de mejora	Profesional responsable de SIAU (Auditora de calidad)	Al mes de realizar el plan de mejora	Revisando lo que se había propuesto en el plan de mejora y comparándolo con lo realizado. El cumplimiento del plan de mejora debe darse en 5 días hábiles, por eso el seguimiento debe realizarse en este periodo	Oficina de calidad o en la sede donde se originó el plan de mejora
 ↓	Respuesta a PQRF Anónima	Profesional responsable de SIAU (Auditora de calidad)	Luego de elaborar plan de mejora, carta de felicitación o exclusión.	Se publica en la cartelera de la sede donde se halla presentado la PQRF Anónima la respuesta por un tiempo máximo de 5 días, dejando evidencia de esta publicación	Cartelera



7. CUIDADOS Y/O RECOMENDACIÓN

- ☞ Darle solución rápida y oportuna al usuario.
- ☞ Cuando se determine que la PQR no es un problema “real” (debido al estado mental del paciente) se realizara exclusión al plan de mejora, esto se determinara junto con el jefe de enfermería y/o el coordinador del servicio.
- ☞ Las felicitaciones serán informadas al coordinador de la sede
- ☞ Abrir el buzón en fechas diferentes días del mes cuando este se observe con PQRF luego de su apertura mensual.

8. CONTRAINDICACION

- ☞ No realizar la apertura del buzón de sugerencias los cinco primeros días de cada mes.
- ☞ No analizar las PQRF.
- ☞ No gestionar oportunamente las PQRF.
- ☞ No establecer acciones de mejora a las PQR que lo requieran.

9. ANEXOS

- ☞ Formato de PQRF verbales ver documento 9.1.3
- ☞ Formato de encuestas ver documento 9.1.2
- ☞ Formato de análisis y revisión de PQRF ver documento 9.1.1
- ☞ Formato de exclusión del plan de mejora ver documento 9.6.2
- ☞ Formato de planes de mejora ver documento 9.6.3
- ☞ Acta de apertura del buzón ver documento 9.10.1



ACTA DE APERTURA DEL BUZON DE ENCUESTAS

OBJETIVO:

FECHA:

SEDE O SERVICIO:

TESTIGOS:

DESCRIPCION DE LO ENCONTRADO:

FIRMA DE TESTIGOS:

FIRMA DE AUXILIAR DE SIAU:

FIRMA DEL AUDITOR:



**CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.**
NIT 822.001.338-0

CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO RENOVAR S.A.S. NIT 822.001.338-0						
FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS						
1. DATOS GENERALES						
FECHA:	SEDE O SERVICIO:		Familiar <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/>			
NOMBRE:						
DOCUMENTO:	TELÉFONO:		EPS:			
2. ENCUESTA. CALIFIQUE EL SERVICIO RECIBIDO EN LA INSTITUCIÓN						
PREGUNTA	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO SABE NO RESPONDE
¿CÓMO CONSIDERA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE LA EPS?						
PREGUNTA	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO	NO SABE, NO RESPONDE	
¿RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA EPS?						
3. COMENTARIOS DEL PACIENTE:						
COMENTARIOS DEL PACIENTE CON RIESGO DE VIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
4. TRÁMITE DADO A LOS COMENTARIOS DEL PACIENTE						
• ¿SE EXPLICA AL PACIENTE EL TRÁMITE QUE SE DARÁ A SU COMENTARIO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
• ¿SE REALIZA PLAN DE MEJORAMIENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
• ¿SE REALIZA EXCLUSIÓN AL PLAN DE MEJORAMIENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
MOTIVOS DE LA EXCLUSIÓN:						
• INDEFINIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
• MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE HA DEFINIDO EL TRÁMITE						
• SE TRAMITA FELICITACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
5. RESPONSABLE						
NOMBRE:						
CARGO:						

Instructivo de diligenciamiento: en el numeral 1 se diligencian los datos generales, escribir la fecha, la sede o servicio, si la encuesta se realiza al familiar o paciente, el nombre del paciente, la EPS y el teléfono si aplica; en el numeral 2 se diligencia la encuesta como tal, en la cual el usuario califica el servicio recibido en la institución, se deberá marcar con una "X" en donde el usuario considere pertinente; en el numeral 3 se deben de anotar los comentarios del paciente, ya que siempre se le preguntara si tiene algún comentario adicional al respecto, se registrará si el comentario del paciente es una PQR con riesgo de vida; en el numeral 4 se escribe el trámite dado a los comentarios del paciente, si se realiza plan de mejora debe anexarse a este documento el plan, si se realiza exclusión debe explicarse el motivo de la exclusión, si aún no es claro el manejo a dar debe marcarse como indefinido, si de manera posterior se decide hacer plan de mejora debe anexarse el plan de mejoramiento, o si de manera posterior se decide hacer una exclusión debe anexarse el formato de exclusión; en el numeral 5 va el responsable del diligenciamiento del formato con nombre y cargo

Elaborada: Dic 2009 Actualizada: Enero 2022 Versión: 7



REVISIÓN Y ANÁLISIS DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES	
TIPO DE SOLICITUD:	PETICIÓN <input type="checkbox"/> QUEJAS <input type="checkbox"/> RECLAMO <input type="checkbox"/> FELICITACIÓN <input type="checkbox"/> FECHA:
¿USUARIO SE IDENTIFICA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DATOS ADICIONALES DEL USUARIO (dirección, teléfono y/o correo electrónico) si aplica	¿SE PUEDE UBICAR AL USUARIO? (en caso de que se necesite ampliar la información) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PQRF RECOLECTADA POR	ENCUESTA <input type="checkbox"/> BUZÓN <input type="checkbox"/> PQRF ESCRITA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CÚAL?
DATOS DE LA PQRF	
TRAMITE DE LA PQRF	PLAN DE MEJORA <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN AL PLAN DE MEJORA <input type="checkbox"/> CARTA DE FELICITACIÓN <input type="checkbox"/>
SEDE O SERVICIO DE LA PQRF:	
FIRMA DEL AUDITOR	



**CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.**
NIT 822.001.338-0

 CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO RENOVAR LTDA. NIT 822.001.338-0	CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO RENOVAR LTDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O FELICITACIONES		
Código	Versión	Fecha	Página
XXXX	02	31/07/2019	1 de 1

FECHA Y NÚMERO DE RADICACIÓN (Para diligenciar por el atención del Usuario de la Clínica Renovar LTDA)				
DD	MM	AAAA	NUMERO DE RADICACIÓN	
DATOS GENERALES DEL USUARIO (Para diligenciar por el usuario)				
Marque con una "X" en la casilla correspondiente si sus comentarios pertenecen a una petición, queja, reclamo, sugerencia y/o felicitación.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petición	Queja	Reclamo	Sugerencia	Felicitación
NOMBRE DEL USUARIO O PACIENTE		EPS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN RADICA LA PQRSF		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			TELÉFONOS	
SEDE O SERVICIO		E_MAIL		
QUIEN RADICA LA PQRSF				
Marque con una "X" en la casilla correspondiente según sea su vínculo con la Clínica Renovar LTDA				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petición	Queja	Reclamo	Sugerencia	Felicitación
NOMBRE DEL USUARIO O PACIENTE		EPS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN RADICA LA PQRSF		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			TELÉFONOS	
SEDE O SERVICIO		E_MAIL		
QUIEN RADICA LA PQRSF				
Marque con una "X" en la casilla correspondiente según sea su vínculo con la Clínica Renovar LTDA				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usuario	Familiar	Funcionario	Otro	Cual?
DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN, QUEJA, RECLAMO, SUGERENCIA Y/O FELICITACIÓN				
SERVICIO PRESTADO		FECHA DEL EVENTO		
		DÍA	MES	AÑO
OBSERVACIONES DEL USUARIO PARA MEJORAR				



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.
NIT 822.001.338-0

1

PLAN DE MEJORAMIENTO						
FECHA:		RESPONSABLE:			FIRMA:	
SEDE O SERVICIO:						
¿QUÉ?	¿QUIEN?	¿CÚANDO?	¿DONDE?	¿POR QUÉ?	¿CÓMO?	¿CÚANTO?



CLÍNICA DEL SISTEMA NERVIOSO
RENOVAR LTDA.
NIT 822.001.338-0

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO			
FECHA	RESPONSABLE	FIRMA	
SEDE O SERVICIO			
ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META