

FORMATO  
ACTA DE REUNIÓN  
FO-GC-002-PE V. 2



|                      |                                   |                 |      |                 |          |                                   |          |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|------|-----------------|----------|-----------------------------------|----------|
| FECHA DE LA REUNIÓN: | 11                                | 12              | 2024 | HORA DE INICIO: | 03:00 PM | HORA DE TERMINACIÓN:              | 05:00 PM |
| 1. TIPO DE REUNIÓN   |                                   |                 |      |                 |          |                                   |          |
| ORDINARI A:          | X                                 | EXTRAORDINARIA: |      | COMITÉ:         | X        | ALIANZA DE USUARIOS OUTTAJIAPULEE |          |
| NOMBRE DEL COMITÉ:   | ALIANZA DE USUARIOS OUTTAJIAPULEE |                 |      |                 |          | CONSECUTIVO DE ACTA:              | 04       |

| 2. CONTROL DE ASISTENCIA |                         |                         |                 |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------|
| No.                      | Nombres y Apellidos     | Cargo                   | ASISTIO SI / NO |
| 1                        | HERNAN JARAMILLO        | GERENTE                 | SI              |
| 2                        | KEILUYN DE LA ESPRIELLA | COORDINADOR ASISTENCIAL | SI              |
| 3                        | DILEINE CASTAÑEDA       | ENFERMERA PYMS          | SI              |
| 4                        | ADOLFO HENRIQUEZ        | LIDER SIAU              | SI              |
| 5                        | YENIS MARIA MENGUAL     | ALIANZA DE USUARIO      | NO              |
| 6                        | ZORAIDA PUSHAINA        | ALIANZA DE USUARIO      | SI              |
| 8                        | CLARA ROSA VILES        | ALIANZA DE USUARIO      | SI              |
| 9                        | ALEXANDER IPUANA        | ALIANZA DE USUARIO      | NO              |
| 10                       | ELIMARA PALMAR          | ALIANZA DE USUARIO      | SI              |

| 3. ORDEN DEL DÍA |                                                                                        |                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| No.              | TEMAS                                                                                  | RESPONSABLE          |
| 1                | Bienvenida                                                                             | Líder SIAU           |
| 2                | Oración al Dios creador                                                                | Alianza de usuario   |
| 3                | Verificación del Quorum                                                                | Líder SIAU           |
| 4                | Lectura de los compromisos anteriores                                                  | Líder SIAU           |
| 5                | Socialización: "actividades desarrolladas en el mes de octubre, noviembre y diciembre" | Líder SIAU           |
| 6                | Compromisos                                                                            | Todos los asistentes |
| 7                | Despedida y cierre                                                                     | Líder SIAU           |

| 4. SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS COMPROMISOS GENERADOS EN LA REUNIÓN O ACTA DE COMITÉ ANTERIOR |                                                                                                                                                                                                                        |             |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| No.                                                                                          | COMPROMISO                                                                                                                                                                                                             | RESPONSABLE | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
| 1                                                                                            | Fortalecer la comunicación con los miembros de la alianza de usuarios y los colaboradores de la institución.                                                                                                           | SIAU        | Constante             |
| 2                                                                                            | Fortalecer acciones educativas en enfermedades prevalentes en las diferentes salas de espera.                                                                                                                          | SIAU        | Constante             |
| 3                                                                                            | Coordinar acciones con enfermera de pyms buscando fortalecer la disminución de pacientes inconsultos e insistentes, a partir de la educación y sensibilización en importancia de los ciclos de vida y rutas integrales | SIAU        | Constante             |

| 5. DESARROLLO ORDEN DEL DIA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº                          | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 1                           | Dándole cumplimiento al cronograma de comités institucional, el líder de procesos del área del SIAU se dispone a dar inicio a la reunión siendo las 3:00 pm del día 11/12/2024 se le brinda un caluroso saludo de bienvenida a todos los integrantes del comité de alianza de usuarios, agradeciéndoles la puntualidad al acudir a la convocatoria del comité, mismos quienes se muestran cómodos y receptivos para iniciar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2                           | En aras de encomendar la actividad en manos del DIOS creador, se dispone la integrante de la alianza de usuarios Sra. Zoraida Pushaina con el fin de darle gracias al creador, por darnos la oportunidad de seguir compartiendo en este proceso de atención a la comunidad y de mantener el espíritu colaborador en este proceso, así mismo que nos de la sabiduría para continuar dando ideas idóneas para trabajar con nuestra población de usuarios, llevando siempre la bandera de derechos y deberes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3                           | Se realiza verificación de Quorum en el cual se evidencia la ausencia de 2 de los 10 integrantes, los presentes se muestran cómodos y participativos, ya que esta reunión se realiza de forma trimestral, y esperan de forma respetuosa que se lleve a cabo de la mejor manera en donde se puedan analizar y llegar acuerdos asertivos en pro de los usuarios de la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4                           | Una vez revisado los compromisos anteriores se pudo evidenciar 3 compromisos <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Fortalecer la comunicación con los miembros de la alianza de usuarios y los colaboradores de la institución.</li> <li>❖ Fortalecer acciones educativas en enfermedades prevalentes en las diferentes salas de espera.</li> <li>❖ Coordinar acciones con enfermera de pyms buscando fortalecer la disminución de pacientes inconsultos e insistentes, a partir de la educación y sensibilización en importancia de los ciclos de vida y rutas integrales</li> </ul> <p>Los anteriores por ser de acciones constantes se constata su cumplimiento a cabalidad, en donde diariamente se educa a los usuarios en los procesos que se realizan desde asignación de citas como las entregas de ficho, horas de entrada, importancia de portar los documentos de identidad. Así mismo se socializa la implementación de grupos de whatsapp con los miembros de la alianza de usuario como muestra del trabajo articulado que se está ejecutando con los miembros y la institución, por ende con sus funcionarios. Respecto al 3 compromiso, se puede constatar que la Jefe de enfermeras Dileine Castañeda en articulación con el área de demanda inducida y SIAU se ha venido llevando a cabo un trabajo articulado en donde se realizan búsquedas activas en barrios, comunidades, así mismo por llamadas telefónicas se hace</p> |

las respectivas demandas inducidas con la intención de canalizar a los usuarios que tienen citas perdidas y pacientes inconsultos, dando con esto respuesta al compromiso en mención, es por ello que se encuentra en ejecución constante.

En esta oportunidad se pretende con la presente reunión en compañía de los miembros de la alianza de usuarios y funcionarios de la institución mostrar las actividades ejecutadas en el mes de octubre, noviembre y diciembre de 2024 donde se reflejarán cada una de las actividades que se realizaron durante el segundo trimestre del año en curso.

#### APERTURA BUZON DE PQRS

para los meses de octubre, noviembre y diciembre se realizaron las siguientes aperturas, en cada mes se realizaba 4 a 5 aperturas de buzón los días lunes de cada semana, contando con la compañía de la señora Clara Viles vicepresidenta y Zoraida Pushaina Vocal de la alianza de usuarios, en donde se evidencia lo siguiente en el consolidado de las PQRSF, a las cuales se les dieron respuestas de manera oportunas; con cada una buscamos fortalecer los derechos y deberes de nuestros usuarios con las diferentes manifestaciones que se relacionan a continuación:

#### CONSOLIDADO

| P.Q.R.F.S.     | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
|----------------|---------|-----------|-----------|-------|
| QUEJA          | 1       | 0         | 0         | 1     |
| RECLAMO        | 0       | 0         | 0         | 0     |
| SUGERENCIA     | 0       | 0         | 0         | 0     |
| FELICITACIONES | 0       | 0         | 0         | 0     |
| TOTAL          | 1       | 0         | 0         | 1     |

Como se muestra en el cuadro anterior se puede evidenciar que el mes con mayor manifestación fue el mes de octubre donde se recepciona 1 manifestaciones, los cuales se detallan a continuación:

#### Análisis mes de Octubre:

ANALISIS: Para el mes de OCTUBRE DE 2024 se realizaron 4 aperturas de buzón de PQRSF en las instalaciones de la IPSI OUTTAJIAPULEE, con el fin de conocer las manifestaciones de los usuarios durante las 4 semana del mes, encontrando que se presentó 1 queja, por medio de la cual se evidencia el inconformismo de un usuario quien refiere que al momento de entrega de turnos para el servicio de medicina interna, la persona encargada tiende a entregar turnos a otras personas que no están desde temprano, así mismo en el marco de la atención del especialista se atienden pacientes en el orden que no está estipulado, cabe resaltar que la queja en mención se realizó de forma anónima, en concordancia

con lo anterior se aclara que la IPSI OUTTAJIAPULEE es una institución prestadora de salud comprometida con brindar un servicio óptimo con calidad y calidez, es de recalcar que en el ejercicio de las actividades propias de la atención en salud, prevalece el derecho a la priorización a diferentes grupos poblacionales como lo son: mujeres gestantes, niños menores de 5 años, menores con diagnóstico de desnutrición, adulto mayor, personas con discapacidad y/o alguna condición especial ante la cual como medida correctivas implementa lo siguiente Educación y sensibilización sobre atención preferencial a los usuarios de forma constante en las diferentes salas de espera de la institución, Socialización al personal de triage, asignación de citas y profesionales de la institución sobre optimización del tiempo.

#### Análisis mes de Noviembre:

ANALISIS: Para el mes de NOVIEMBRE DE 2024 se realizaron 4 aperturas de buzón de PQRSF en las instalaciones de la IPSI OUTTAJIAPULEE, con el fin de conocer las manifestaciones de los usuarios durante las 4 semanas del mes, evidenciando que no se presentaron ninguna manifestación por parte de los usuarios. Sin embargo se fortalecen las acciones educativas en la importancia de hacer uso de este mecanismo de participación social en salud, que está orientada a que la comunidad afiliada ejerza sus derechos a la manifestación y ser parte activa en la construcción de un modelo de atención que se ajuste a las necesidades del contexto y la comunidad.

#### Análisis mes de Diciembre:

Para lo transcurrido del mes de Diciembre de 2024 se ha podido realizar 2 aperturas de buzón de PQRSF en las instalaciones de la IPSI OUTTAJIAPULEE, con el fin de encontrar alguna manifestación de nuestros usuarios durante las 2 semanas del mes, no habiendo hallado ninguna manifestación.

Ante la ausencia de las manifestaciones de los usuarios, se procede a fortalecer la educación en las diferentes salas de espera de la institución de forma diaria, en el uso de este mecanismo de participación social, mediante el cual se enfatiza que es una herramienta que permite conocer las distintas inquietudes y manifestaciones de los usuarios con el objetivo de fortalecer el servicio ofrecido y continuar en el camino hacia la excelencia en la construcción de un sistema óptimo en cuanto a la prestación de servicios de salud.

| REFERENCIAS                                                                      | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|-----------|-------|
| N° DE REMISIONES REALIZADAS A NIÑOS CON DNTA A HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD | 3       | 7         | 0         | 10    |
| TOTAL DE REMISIONES REALIZADAS A HOSPITALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD               | 46      | 50        | 23        | 119   |
| NUMERO DE REMISIONES QUE SE REALIZARON EN EL MES                                 | 1925    | 1300      | 412       | 3637  |

| ESPECIALIDAD | OCTUBRE        | NOVIEMBRE        | DICIEMBRE       |
|--------------|----------------|------------------|-----------------|
| GINECOLOGIA  | 2,3,8,10,17,23 | 5,13,21,26,28,29 | 2,5,11,19,23,30 |

|                  |           |           |           |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| PEDIATRIA        | 10,17,21  | 8,14,22   | 13,20     |
| MEDICINA INTERNA | 4,15,25   | 6,14,22   | 5,12,20   |
| NITRICION        | CONSTANTE | CONSTANTE | CONSTANTE |
| PSICOLOGIA       | CONSTANTE | CONSTANTE | CONSTANTE |
| ODONTOLOGIA      | CONSTANTE | CONSTANTE | CONSTANTE |

Se puede evidenciar en este grafico que el mes de octubre fue donde se obtuvo la mayor cantidad sobre las referencias generadas durante los 3 meses, en el transcurso del último trimestre se generaron 10 remisiones al servicio de urgencias con niños con diagnóstico de desnutrición que al momento presentaron alguna morbilidad alterna a su diagnóstico principal, así mismo 119 usuarios referenciados al servicio de urgencias de la Umit Talapuin y ese hospital nuestra señora del perpetuo socorro por alguna de los siguientes diagnósticos: EDA, IRA, IVE, AMENAZA DE ABORTO, TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA. Totalizando las remisiones tuvo lugar el total de 3637 referencias, una cantidad disminuida en comparación con el trimestre anterior debido a que se ha fortalecido la resolutivez medica institucional.

#### ENCUESTA DE SATISFACCION.

Para el último trimestre del año se ha podido constatar y socializar que el nivel de satisfacción por parte del usuario ha presentado una variación en el transcurso del mes de octubre, en comparación a los anteriores, todo debido a que se presentó un alza en la insatisfacción del usuario en cuanto a la espera que deben tener en la asignación de las citas y la oportunidad del mismo, lo anterior obedece a que en el mes de octubre se presentaron renuncias por parte del personal médico, dejando un sin sabor a la población, que para efectos de la presente se le pudo garantizar las atenciones en el día inmediatamente posterior a la solicitud, los usuarios de la Ipsi Outtajiapulee presentan total respaldo y comprensión ante el inconveniente que afronta nuestra institución, es de resaltar que en la socialización del mismo, interviene la Sra. Zoraida pushaina Y Sra. Elimara Palmar, Intervienen diciendo que fue un momento difícil pero que se le pudo dar manejo y solvencia de inmediato, con ello se busca fortalecer las acciones de la alianza de usuario y que se unan mediante un trabajo articulado para trabajar en pro de nuestra población afiliada.

En aras de fomentar y fortalecer la educación a nuestros usuarios se ha realizado en las diferentes salas de espera 1 charla educativa por semana con las siguientes temáticas importantes, que nuestros usuarios deben conocer, cabe resaltar que adicional a ello de forma diaria se hace educación en temas generales que abarcan el buen uso de los baños, correcto uso de las canecas de basura, buenos hábitos de cuidados de enseres durante su estancia en la institución, la cooperación, actualizaciones de datos, procesos institucionales entre otros. Las charlas educativas que tuvieron lugar en el segundo corte trimestral del año fueron:

7

#### OCTUBRE

- DERECHOS Y DEBERES
- CANCER DE MAMA
- DESNUTRICION
- TUBERCULOSIS
- SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN LA GESTACION

#### NOVIEMBRE

- DERECHOS Y DEBERES
- SIFILIS
- PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
- RABIA ANIMAL

## DICIEMBRE

- ACCIONES PREVENTIVAS CONTRA LLA POLVORA
- DERECHOS Y DEBERES
- ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES
- INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

**I.P.S.I.**  
**OUTTAJIAPÜLEE**

POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN  
SALUD PPSIS

10- Diciembre -2024

| FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA IPS |                                                                                      |                                     |    |               |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|---------------|
| GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO                      |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | El área de atención al usuario cuenta con buena ubicación                            | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Estadificación del talento humano de atención al usuario                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 3                                                | La institución cuenta con protocolo de atención al usuario                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 4                                                | Cuenta con folio en el proceso de atención al usuario                                | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 5                                                | Cuenta con la herramienta de trabajo                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 6                                                | Presencia de canales de comunicación                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS                     |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Se evidencia proceso documentado para el trámite de peticiones, quejas y reclamos    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Normativa de Quejas y Reclamos                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 3                                                | Examinador de recursos a quita                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 4                                                | Se evidencia proceso de seguimiento PQR                                              | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| BUZÓN DE SUGERENCIAS                             |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Existe Buzón de sugerencias                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Colocación de buzón de sugerencias                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 3                                                | Existencia de registro de sugerencias y acciones de atención de buzón de sugerencias | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| CANALES DE ACCESO                                |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Si se evidencia canales de acceso presencial la tipo cuenta con folio                | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Si se evidencia canal de acceso telefónico registra número telefónico                | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| VENTANILLA O FILA PREFERENCIAL                   |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Cuenta con ventanilla preferencial para atención de citas                            | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Se evidencia protocolo para la atención preferencial                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN AL USUARIO              |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Se evidencia proceso documentado para la medición de satisfacción de los usuarios    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Se evidencia cronograma de la aplicación de encuesta                                 | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 3                                                | Indicador de la encuesta                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 4                                                | Alumbramiento de encuesta realizado al mes                                           | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 5                                                | Se registra a nivel y medición de los usuarios                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 6                                                | Se registra indicadores de satisfacción del usuario                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS               |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Se evidencia con el apoyo de la ley y derechos de los usuarios                       | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Se evidencia en lugar visible y publicado los derechos y deberes                     | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 3                                                | Defensores en salud de usuarios                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| ASOCIACIÓN O ALIANZA DE USUARIOS                 |                                                                                      |                                     |    |               |
| N.                                               | PROCEDIMIENTO                                                                        | C                                   | NC | OBSERVACIONES |
| 1                                                | Existe asociación o alianza, por quien esta conformado                               | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |
| 2                                                | Acta de reuniones                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> |    |               |

Firma alianza usuario 1: *[Firma]*  
 Firma alianza usuario 2: *[Firma]*  
 Firma alianza usuario 3: *[Firma]*  
 Coordinador SIAU: *[Firma]*

Para el segundo 4 trimestre del año se evalúa e inspecciona por parte de los miembros de la alianza de usuarios que la institución cuenta con los mecanismo y herramientas necesarios que garanticen y promuevan la participación social en salud. Para ello se suministra lista de chequeo diligenciado por los miembros en donde se deja constancia de que se realizó y se evidencia que si cumplen con los criterios y herramientas de forma accesible. Con lo anterior se deja

constancia que la institución cuenta con lo requerido y establecido por ley para el funcionamiento y habilitación de la política de participación social en salud.

Interviene la Dra. Keilyn De La Espriella para agradecer la asistencia de los integrantes del comité, en su intervención recalca la importancia de la red de apoyo y el trabajo arduo que viene adelantando desde SIAU de la mano de los integrantes de la alianza de usuario, así mismo manifiesta que se debe presentar un análisis del porcentaje de los pacientes referidos al servicio de pediatría en donde se detalle las atenciones brindadas y generadas desde la institución. Interviene el Sr gerente Hernán Jaramillo quien manifiesta la importancia de trabajar de forma articulada con la comunidad, recalcando que somos una institución prestadora de salud indígena, que estamos prestos a ser parte de la solución que necesita la población wayuu en cuanto al sector salud.

Siendo las 5:00 de la tarde se da por terminada la reunión, agradeciendo la asistencia de los miembros del comité, fijando los compromisos que en el siguiente ítem se relacionan.

| 6. COMPROMISOS GENERADOS EN LA REUNIÓN O COMITÉ |                                                                                                                                                                        |             |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
| No                                              | COMPROMISO                                                                                                                                                             | RESPONSABLE | FECHA LÍMITE DE CUMPLIMIENTO |
| 1                                               | presentar un análisis del porcentaje de los pacientes referidos al servicio de pediatría en donde se detalle las atenciones brindadas y generadas desde la institución | SIAU        | 31/01/2024                   |

**Nota:** Se adjunta formato **Listado de Asistencia** como registro de participación, compromiso y/o aprobación de los distintos temas relacionados en los ítem 4 y 5, por parte de cada uno de los profesionales relacionados en el ítem 2, es de carácter obligatorio disponer del diligenciamiento del formato antes descrito, de lo contrario, la falta del mismo deja sin soporte formal lo relacionado en el presente documento.



MOTIVO DE LA ASISTENCIA: **Comité de Alianza de barrio.** FECHA: **2014 12 11**

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: **Adolfo Henriquez P.** CARGO: **lder siav.** HORA: **2:00 pm**

| No | NOMBRES Y APELLIDOS   | CARGO              | TELEFONO   | E-MAIL                  | FIRMA         |
|----|-----------------------|--------------------|------------|-------------------------|---------------|
| 1  | Delgadilla Delgadilla | Coord. Asistencial | 8116925900 | coordinacionasistencial | Delgadilla    |
| 2  | Zoraida Pizarro       | Coord. Asistencial |            |                         | Zoraida       |
| 3  | Elmer Pizarro         | Secretaria         | 320733604  | Elmer@comunidad         | Elmer Pizarro |
| 4  | Adriana Irujo J       | Lider G. etnica    | 3004345013 | adriana29@gmail.com     | Adriana       |
| 5  | Herminio Pizarro      | Gerente            | 3205325717 | gerencia                | Herminio      |
| 6  | Delgadilla            | Lider Pym          | 3154524411 | silvaca.com             | Delgadilla    |
| 7  | Elmer Pizarro         | Representante      |            |                         | Elmer Pizarro |
| 8  |                       |                    |            |                         |               |
| 9  |                       |                    |            |                         |               |
| 10 |                       |                    |            |                         |               |
| 11 |                       |                    |            |                         |               |
| 12 |                       |                    |            |                         |               |
| 13 |                       |                    |            |                         |               |
| 14 |                       |                    |            |                         |               |
| 15 |                       |                    |            |                         |               |
| 16 |                       |                    |            |                         |               |
| 17 |                       |                    |            |                         |               |
| 18 |                       |                    |            |                         |               |
| 19 |                       |                    |            |                         |               |
| 20 |                       |                    |            |                         |               |
| 21 |                       |                    |            |                         |               |

10- Diciembre-2024

**FORMATO DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA IPS**

**GESTION ATENCION AL USUARIO**

| N. | PROCEDIMIENTO                                             | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|-----------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | El area de atencio al usuario cuenta con buena ubicación  | ✓ |    |               |
| 2  | Conformacion del talento humano de atencion al usurio     | ✓ |    |               |
| 3  | La institucion cuenta con protocolo de atecion al usuario | ✓ |    |               |
| 4  | Cuenta con lider en el proceso de atencion al usuario     | ✓ |    |               |
| 5  | Cuenta con la herramienta de trabajo                      | ✓ |    |               |
| 6  | presencia de canales de comunicación                      | ✓ |    |               |

**PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS**

| N. | PROCEDIMIENTO                                                                     | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | Se evidencia proceso documentado para el tramite de peticiones, quejas y reclamos | ✓ |    |               |
| 2  | formatos de Quejas y Reclamos                                                     | ✓ |    |               |
| 3  | Tramitologia de respuesta a queja                                                 | ✓ |    |               |
| 4  | Se evidencia planes de mejoramiento PQRSF                                         | ✓ |    |               |

**BUZON DE SUGERENCIAS**

| N. | PROCEDIMIENTO                                                                   | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | Existe Buzon de sugerencias                                                     | ✓ |    |               |
| 2  | Ubicación de buzón de sugerencia                                                | ✓ |    |               |
| 3  | evidencia de registro de cronograma y actas de apertura de buzón de sugerencias | ✓ |    |               |

**CANALES DE ACCESO**

| N. | PROCEDIMIENTO                                                                    | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | Si se evidencia canales de acceso presencial la ipsi cuenta con lider de proceso | ✓ |    |               |
| 2  | si se evidencia canal de acceso telefonico registra numero telefonico            | ✓ |    |               |

**VENTANILLA O FILA PREFERENCIAL**

| N. | PROCEDIMIENTO                                               | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|-------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | cuenta con ventanilla presferencial para signacion de citas | ✓ |    |               |
| 2  | se evidencia protocolo para la poblacion especial           | ✓ |    |               |
| 3  |                                                             |   |    |               |

**MEDICION DE SATISFACCION AL USUARIO**

| N. | PROCEDIMIENTO                                                                                  | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | La ipsi cuenta con procedimineto para la medicion de satisfaccion de los usuarios al servicio. | ✓ |    |               |
| 2  | Se evidencia cronograma de la aplicación de encuesta                                           | ✓ |    |               |
| 3  | Medicion de la encuesta                                                                        | ✓ |    |               |
| 4  | Numero de encuesta realizadas al mes                                                           | ✓ |    |               |
| 5  | La ipsi realiza analisis y medicion de las encuestas realizadas                                | ✓ |    |               |
| 6  | La ipsi registra indicadores de satisfaccion del usuario                                       | ✓ |    |               |

**DERECHOS Y DEBES DE LOS USUARIOS**

| N. | PROCEDIMIENTO                                                                       | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | La ipsi cuenta con decalogo de Deberes y Derechos de los usuarios documentados      | ✓ |    |               |
| 2  | Se puede evidencia en lugar visible y publicado los Derechos y Deberes              | ✓ |    |               |
| 3  | ipsi presenta cronograma de capacitacion en Derechos y Deberes en salud de usuarios | ✓ |    |               |

**ASOCIACION O ALIANZA DE USUARIOS**

| N. | PROCEDIMIENTO                                            | C | NC | OBSERVACIONES |
|----|----------------------------------------------------------|---|----|---------------|
| 1  | Existe asociacion d eusuarios, por quien esta conformado | ✓ |    |               |
| 2  | Acta de reuniones                                        | ✓ |    |               |

firma alianza usuario 1: *[Firma]*  
 firma alianza usuario 2: *[Firma]*  
 firma alianza usuario 3:  
 cordinador SIAU: