

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>2</b>
<b>3. ALCANCE .....</b>	<b>2</b>
<b>4. DEFINICIONES .....</b>	<b>2</b>
<b>5. CONDICIONES GENERALES .....</b>	<b>5</b>
<b>6. CANALES PARA LA RECEPCIÓN DE LAS PQRSF.....</b>	<b>6</b>
<b>7. PROCESO PARA LA GESTIÓN DE MANIFESTACIONES DEL USUARIO .....</b>	<b>7</b>
<b>8. SEGUIMIENTO AL PROCESO .....</b>	<b>9</b>
<b>9. FLUJOGRAMA DE LA GESTIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS FRECUENTES 10</b>	
<b>10. INDICADORES.....</b>	<b>10</b>
<b>11. DOCUMENTOS DE REFERENCIA .....</b>	<b>11</b>
<b>12. CONTROL DE CAMBIOS .....</b>	<b>12</b>
<b>13. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN.....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La Clínica El Rosario dentro de su Direccionamiento Estratégico establece como premisa la atención centrada en la persona, promoviendo a través de estrategias el fortalecimiento de las conductas humanas en los colaboradores, que permitan identificar y responder acertadamente a las necesidades de los pacientes, sus familias y/o acompañantes. La escucha activa es fundamental en las relaciones humanas, lo que permite intervenir la angustia del paciente, familia o cuidador y resolver asertivamente sus requerimientos, comprendiendo su situación y empatizando con el otro desde sus vivencias lo que aporta valor a la atención y genera experiencias memorables en la prestación de los servicios mediante la oferta de valor *“Amor que acompaña y servicio que alivia”*.

Así mismo, en el modelo de atención se establece el compromiso institucional por la calidad en el servicio, procurando que los desenlaces sean los esperados por el usuario y por el equipo clínico abordando desde un ámbito integral las necesidades asistenciales y aquellas que aportan a la gestión en salud. La Alta Dirección asegura los recursos necesarios para fortalecer las competencias de sus colaboradores apalancando el modelo de atención centrado en la persona y se compromete a través de la implementación de políticas y directrices que permiten fortalecer las relaciones con los usuarios y responder a las necesidades identificadas a través de la escucha activa.

La implementación de estrategias para la escucha activa del usuario promueve la participación en los procesos de atención, integrando al paciente, su familia y/o acompañantes en las actividades que se desarrollan durante su estancia permitiendo conocer la percepción de los servicios recibidos a través de sus manifestaciones (felicitaciones, sugerencias, reclamos y/o quejas) impactando positivamente en el mejoramiento continuo de los procesos

## 2. OBJETIVO GENERAL

Establecer las actividades necesarias para la atención y resolución de las manifestaciones de los usuarios, con el fin de dar respuesta en los tiempos establecidos, detectar oportunidades de mejoramiento y obtener información que permita evaluar el cumplimiento de sus necesidades y expectativas restableciendo el derecho comprometido, la confianza e imagen institucional.

## 3. ALCANCE

Este proceso aplica para las manifestaciones (quejas, reclamos, sugerencias, peticiones, felicitaciones y solicitudes de apoyo) que se relacionen con la atención en la Clínica El Rosario en ambas sedes, desde su recepción hasta la entrega de la respuesta final al usuario.

## 4. DEFINICIONES

- **Experiencias del usuario:** Corresponde a las manifestaciones expresadas por el usuario derivadas de los procesos de atención y de los servicios recibidos. Las manifestaciones pueden derivarse de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y/o felicitaciones.

- **Escucha activa:** Es una estrategia de comunicación, en donde el receptor debe mantener unos comportamientos y actitudes que le permitan concentrarse en la persona que le habla. Implica, entre otros aspectos, disponibilidad e interés por los sentimientos, ideas o pensamientos de la persona que habla para responderle acertadamente.
- **P, Q, R, S, F:** Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia y Felicitación.
- **Petición:** Solicitud que tiene como objeto indagar sobre un hecho, acto o actuación administrativa y/o asistencial que corresponda a la naturaleza y finalidad de los servicios prestados en la Clínica (*Circular 008/09-2018*).
- **Queja:** Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario u otros grupos de interés durante o posterior a la prestación de servicios y/o frente a la actuación de un funcionario o trabajador en el ejercicio de su labor durante o posterior a la prestación de servicios, el usuario en su experiencia orienta a la institución sobre la vulneración de algún derecho.
- **Reclamo:** Manifestación mediante la cual se ponen en conocimiento por parte del usuario o sus acompañantes deficiencias en la prestación de los servicios que ofrece la Clínica.
- **Sugerencia:** Insinuación o formulación de ideas tendientes al mejoramiento de las condiciones actuales de un servicio.
- **Felicitación:** Anotación positiva acerca del servicio prestado por la clínica y manifestación clara de satisfacción del paciente.
- **Atributos de calidad en salud / Principios del derecho fundamental a la salud:** Se tiene en cuenta lo establecido en (Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones) Se describen a continuación.



## 5. CONDICIONES GENERALES

Con el objetivo de asegurar el direccionamiento, análisis y respuesta de las manifestaciones del usuario, es necesario cumplir con las siguientes condiciones:

- Es responsabilidad de todo el personal de la Clínica velar por el cumplimiento de los requisitos de calidad planeados en los diferentes procesos para evitar insatisfacciones a los usuarios, con el propósito de intervenir y en lo posible solucionar en el sitio de origen las posibles manifestaciones que se pudieran presentar durante el proceso de atención.
- Los tiempos de respuesta de las manifestaciones recibidas se responden en los tiempos establecidos de acuerdo con su prioridad o según los plazos establecidos por los entes de vigilancia y control.
- Las manifestaciones de agradecimiento o felicitaciones se deben ingresar al aplicativo de Almera y enviar a líder, jefe o coordinador correspondiente quien debe hacer extensivo al servicio y personas nombradas.
- Las acciones legales (tutelas, derechos de petición, demandas, etc.) interpuestas por los usuarios deben ser canalizadas al **área jurídica** para su revisión y direccionamiento a las áreas pertinentes según el caso. En caso de recibir un derecho de petición o tutela, éste debe direccionarse al SAD (Servicio de administración de documentos) para su respectivo proceso de radicación y envío al área jurídica.
- Las quejas o reclamos que puedan generar una acción legal deben ser compartidos con el área jurídica, Dirección Científica y Coordinadora del área de humanización.
- Las PQRS relacionadas con medicamentos, dispositivos médicos, gases medicinales, reactivos de diagnóstico in vitro y preparaciones magistrales de medicamentos o con la atención del servicio farmacéutico se deben reportar al Director Técnico del servicio farmacéutico quien realiza la investigación en conjunto con los químicos farmacéuticos y/o implicados en el proceso, si se genera una no conformidad, se realiza análisis causal, acciones correctivas/preventivas, seguimiento y cierre.
- Cuando se presente una queja, se evalúa de acuerdo con los atributos de calidad que se vean vulnerados e identificar el compromiso de algún derecho del paciente.
- Todas las PQRSF deben registrarse en el aplicativo ALMERA para generar un código de radicación y el número de consecutivo para continuar las fases del proceso.
- El control de la herramienta para el registro de las manifestaciones es responsabilidad de la Coordinadora de Atención al usuario o su designado.
- Si no se logra contactar al usuario para entregar la respuesta de la manifestación, se debe dejar registro en el aplicativo de ALMERA.
- En caso de incumplimiento reiterativo con los tiempos de respuesta por parte del líder o coordinador del servicio, se notificará a su jefe inmediato para que apoye en la gestión.

## 6. CANALES PARA LA RECEPCIÓN DE LAS PQRSF

La oficina de atención al usuario y /o experiencia de las personas está ubicada en el primer piso, de fácil acceso de los usuarios.

MEDIO DE RECEPCIÓN	RECEPCIÓN	INTERVENCIÓN
Presencial	<p>En la oficina de experiencia de las personas/atención al usuario de lunes a miércoles de 7:00 am-5:00 pm y jueves a viernes de 7:00 am a 4:00 pm.</p> <p>En el servicio de atención directa</p>	<p>La Coordinadora de Experiencia de las personas/ Atención al Usuario o jefe del servicio han de intervenir la situación para restablecer el derecho o la confianza.</p> <p>La persona que recibe la manifestación realiza el registro e informa al usuario el proceso a seguir e interviene de inmediato, si la situación afecta el proceso de atención.</p>
<p>Telefónico</p> <p>Buzón telefónico (disponible 24 horas) 3269100 ext. 5080 Sede Tesoro 2959000 ext. 9010 Sede Centro</p>	<p>Directamente en la oficina de atención al usuario.</p> <p>Si se recepción la llamada en otro servicio</p> <p>Se revisa diariamente al inicio de jornada y después de ausencia de la oficina por periodo largos o durante el día.</p>	<p>La persona asignada del área de experiencia de las personas/Atención al Usuario hace el registro en el aplicativo de Almera.</p> <p>La persona que atiende la llamada informa al usuario el correo electrónico de atención al usuario o atiende directamente la situación, hace el registro con los datos de identificación y de contacto y enviar al servicio de Experiencia de las personas /Atención del Usuario, quien sigue con la gestión.</p>
Buzón de sugerencias	<p>Están ubicados en todos los servicios institucionales.</p> <p>También se tienen los buzones virtuales con Código QR- al lado del buzón físico en la sede tesoro.</p>	<p>El auxiliar de Experiencia de las personas /atención al usuario verifica los buzones dos veces por semana y diligencia el acta de apertura de buzón. Posteriormente ingresa al aplicativo de Almera y se continua la gestión por la Coord. De experiencia de las personas/ atención del usuario. El Buzó Virtual Código QR; La Experiencia llega directamente al correo del Servicio de At. Al usuario y se pasa al Aplicativo de Almera</p>
Página Web	Buzón de sugerencias que se encuentra en la sección de pacientes.	La manifestación es recibida a través del correo electrónico del servicio de experiencia de las personas /atención al usuario de la sede correspondiente, la coordinadora o persona asignada hace el registro en el aplicativo de Almera e informa el usuario de su recepción, código y proceso a seguir.

Correo institucional, <a href="mailto:clinicaelrosario@clinicaelrosario.com">clinicaelrosario@clinicaelrosario.com</a>	Recibe el SAD (Servicio de administración de documentos) en la Sede centro	Direcciona al correo electrónico de Atención al usuario de la sede que corresponda la PQRSF, quien responde al usuario de su recepción, código y proceso a seguir
Correo del servicio de Atención al Usuario y pastoral de cada sede <a href="mailto:atusuariotesoro@clinicaelrosario.com">atusuariotesoro@clinicaelrosario.com</a> <a href="mailto:atusuariocentro@clinicaelrosario.com">atusuariocentro@clinicaelrosario.com</a>	Servicio de Experiencia de las personas / Atención al usuario	Se ingresa al aplicativo de ALMERA, se responde al usuario de su recepción, código y proceso a seguir.
Redes sociales	Desde el área de comunicaciones realizan el control de estas publicaciones	Orientan al usuario a que utilice los canales que tiene la institución para la atención de las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

## 7. PROCESO PARA LA GESTIÓN DE MANIFESTACIONES DEL USUARIO

### 7.1 Recepción de las manifestaciones

Si la recepción se realiza en el servicio en donde se encuentra el paciente o se presta la atención, la enfermera jefa debe escuchar y dar respuesta de forma oportuna, si no está dentro de su competencia debe gestionar con los cargos correspondientes y reportar al servicio de atención al usuario, quien realiza contacto con usuario e indaga sobre la situación, confirmando que es de conocimiento por parte de la institución y que se procederá a dar respuesta final a su requerimiento.

Si el paciente, familiar o acompañante expresa su deseo de hablar con el coordinador de atención al usuario, la persona que atiende debe informar al coordinador de atención al usuario, quien debe de escucharlos, gestionar y responder.

Si el usuario se contacta por teléfono con un servicio diferente al de atención al usuario y expresa que desea instaurar una queja, sugerencia, reclamo o felicitación, la persona que atiende debe de direccionar la llamada al servicio de atención al usuario e informar los canales que se tienen definidos para su recepción.

Independiente del canal de identificación de las PQRSF, el coordinador o cargo asignado al servicio de atención al usuario, debe revisar el reporte, identificar su prioridad y definir el cargo responsable para el respectivo análisis y colocar la fecha de recepción en el formato en papel si así se recibió.

### 7.2 Registro

La manifestación es registrada por la persona asignada por la Coordinadora de atención al usuario o su designado, en el aplicativo de Almera.

### 7.3 Clasificación

La clasificación de la manifestación la realizará la coordinadora o persona asignada por ella, quien debe: Ampliar la explicación en que consiste, cómo se hace:

Revisar, clasificar según prioridad, identificar el derecho y característica de calidad afectada y asigna el responsable para el análisis desde el nivel de autocontrol.

**Las quejas y reclamos se clasifican en tres niveles:**

**Nivel de Prioridad Alta:**

- Son los reportes de los pacientes o de su acompañante, relacionadas con situaciones que pueden poner en riesgo la vida y la recuperación del paciente o comprometen la ética profesional.
- Las quejas que generan un alto impacto en la estabilidad emocional del paciente y familia.
- Situaciones de pueden desencadenar acciones legales.
- Acciones legales instauradas ante entidades de vigilancia y control
- El tiempo máximo de respuesta es de **2 días** contando desde la fecha de recepción a excepción de aquellas enviadas por los entes de control cuya respuesta se emite en los tiempos definidos por este.

**Nivel de Prioridad Media:**

Son los reportes relacionados con la oportunidad y humanización del servicio, que no afectan la seguridad del paciente

Tiempo máximo de para respuesta **10 días**.

**Nivel de Prioridad Baja:**

Son manifestaciones relacionadas con otros servicios de apoyo que **no afectan** la atención clínica.

Tiempo máximo de respuesta **15 días**.

**MEDIDAS PARA TENER EN CUENTA SEGÚN PRIORIDAD**

Dar la mejor respuesta posible para satisfacer la necesidad, evitarle riesgos y recuperar el derecho del paciente.

- Ante PQR de prioridad alta se debe verifica lo más pronto posible el comentario del usuario, se contacta al jefe, líder o coordinador del servicio para la intervención inmediata.
- Dar apoyo psicoemocional a quien interpone la manifestación en caso de ser necesario.
- En los casos de posible acción legal, informar al área jurídica y a la Dirección científica quienes determina el proceso a seguir.
- Si la reclamación o queja es por un aspecto administrativo el coordinador del área es quien realiza la gestión pertinente y posteriormente se procede a dar respuesta al usuario.

**7.4 Análisis, causas y acciones de mejora**

El líder o Coordinador responsable del servicio donde se generó la manifestación realiza el análisis con su equipo de trabajo, define e implementa el plan de mejora y hace el seguimiento y envía respuesta al servicio de experiencia de las personas / Atención al Usuario.

**7.5 Respuesta al Usuario**

La Coordinadora de Experiencia de las personas/Atención al Usuario o la persona asignada:

- Recepciona y revisa el análisis, acciones y respuesta desde el nivel del autocontrol, redirecciona según necesidad.
- Elabora respuesta final, contacta al Usuario según el canal de recepción o solicitud del usuario y notifica la respuesta final.

## 7.6 Cierre

Se genera automáticamente en el sistema al dar la respuesta al usuario desde la herramienta de Almera.

## 8. SEGUIMIENTO AL PROCESO

- Monitorear la oportunidad en la respuesta a las PQRS, los derechos y las características de calidad comprometida, realizar el consolidado y socializar el informe con los líderes, coordinadores, directores, cada mes.
- La recepción del comentario, se le da a conocer al líder según servicio afectado, se le solicita la revisión, análisis con su equipo y realizar el plan de mejora en caso de ser necesario.
- Posteriormente, se envía por correo, el informe general del comportamiento, características afectadas y resultado de los indicadores de las queja, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- En caso de que el usuario exprese su inconformidad con la respuesta, se verificará si es necesario ampliar el análisis con el líder del servicio y se contactará nuevamente para completar la respuesta.

## DESPLIEGUE

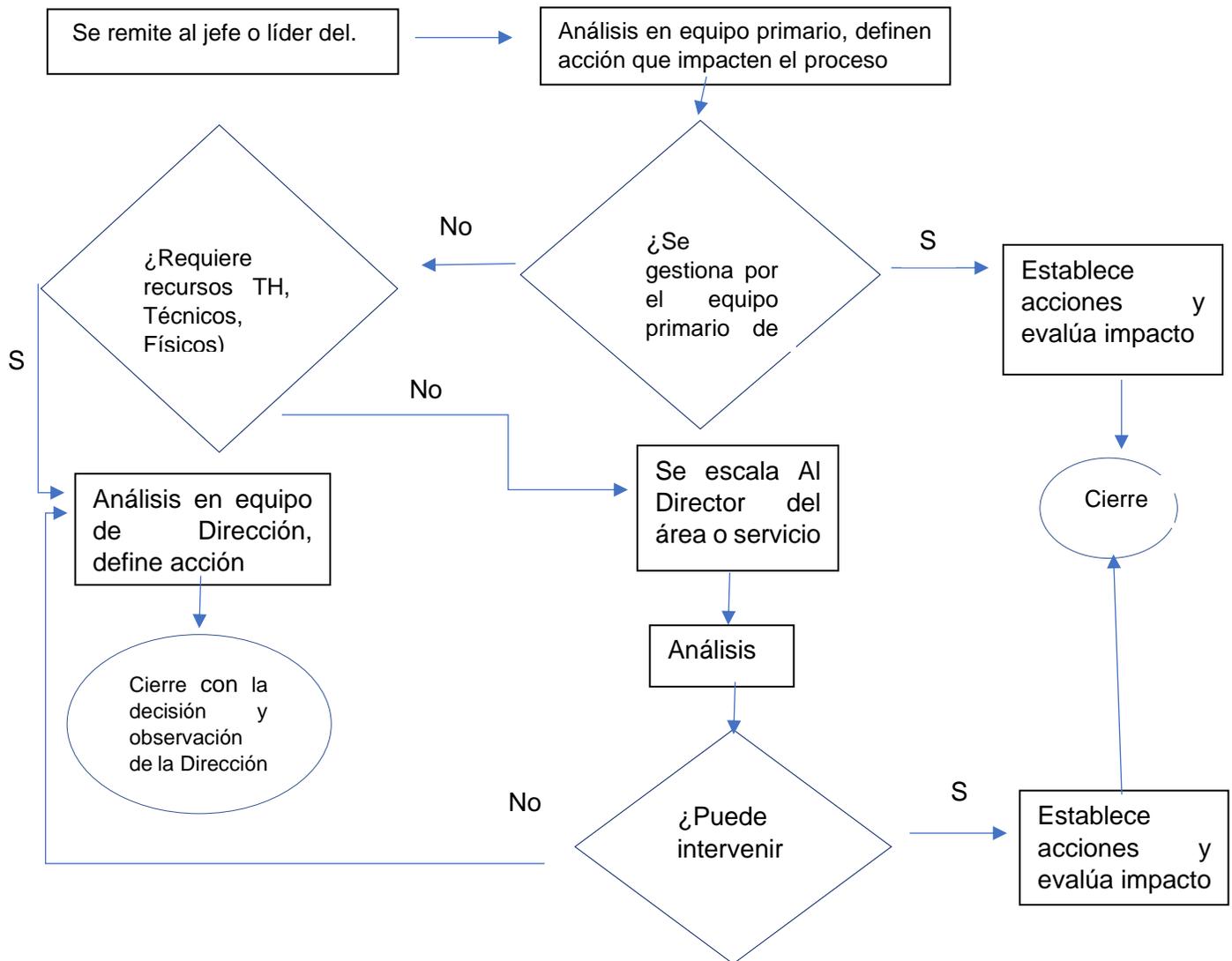
- Se inicia desde el ingreso del personal a la clínica, en las jornadas de inducción
- Cada mes se realiza los consolidados y se socializa enviando a los líderes, coordinadores, jefes y directores, quien deben revisar con su equipo y establecer las acciones que sean necesarias para mejorar el comportamiento y experiencia de los pacientes.
- En las reuniones con el equipo de cliente asistencial se comparte el comportamiento de los indicadores de Índice de derecho comprometido a nivel global y por área de atención; Ambulatorios, Consulta Externa e Internación en donde se especifica las fuentes (quejas, seguridad clínica y seguimiento post egreso), el derecho, servicio, entre otros
- Cada vez que se recibe una Oportunidad de mejora, sea queja, reclamos o sugerencia se envía al Líder o coordinador correspondiente para su gestión.
- Se crea permiso para consulta en Almera de los datos de Quejas, reclamos, sugerencia, felicitaciones a los Líderes, jefes y/o coordinador
- Las felicitaciones y/o manifestaciones de agradecimiento tiene un acceso desde la intranet para ser consultadas por el personal interno en la sede tesoro, además se le reenvía a la líder o coordinador del servicio cada vez que se reciba.
- En los espacios de Entrenamiento al personal, se tienen los temas, de Experiencia del paciente: Mecanismos para conocerla, proceso de escucha activa y evaluación de la satisfacción, entre otros.
- Cada semestre se resocializa a los líderes y coordinadores sobre los ajustes al proceso y el comportamiento general y por servicio de las Manifestaciones de los usuarios.
- En las reuniones del equipo de humanización y atención centrada en la persona se hace análisis del comportamiento, se proponen acciones para intervenir las que son muy reiterativas
- En las reuniones del comité de humanización y atención centrada en la persona, se realiza seguimiento al comportamiento cada tres meses a planes implementados y eficacia del cierre, se definen acciones a implementar en caso de quejas reiterativas, este equipo lo conforma:

La Gerente general, la Dirección Científica, la Coordinación de Mejoramiento Continuo, Coordinadora del eje y programa de humanización, Líder del programa de humanización y Atención

centrada en la persona, coordinadora de experiencia de las personas- Atención al usuario, la coordinadora de Enfermería, La Líder de Gestión Clínica.

Adicionalmente, la gestión de manifestaciones se articula con el Modelo de Mejoramiento Continuo a través del análisis en los equipos de mejoramiento institucional de las quejas o reclamos frecuentes y/o reiterativas (En un periodo de tres meses), de acuerdo con el siguiente flujograma:

## 9. FLUJOGRAMA DE LA GESTIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS FRECUENTES



## 10. INDICADORES

- Tiempo promedio de respuesta a las quejas.
- Índice de queja
- Tiempo promedio de respuesta a las quejas con prioridad Alta

### Otro datos:

- Derecho comprometido desde las quejas
- Tendencia de los motivos que generaron las quejas.
- Proporción de usuarios que expresaron desacuerdo con la respuesta

## 11. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Experiencia del usuario EST-SIN-FT-28.
- Derechos y Deberes del paciente EST-PES-DE-02.
- Proceso de Atención al Usuario y pastoral.
- Circular externa 008/ Sept. 2018, hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007- "título VII protección al usuario y participación ciudadana.
- La Ley 1755 de 2015 y Constitución política Art.23 Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición.
- **LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015.** Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

## 12. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha de Actualización	Versión Por Actualizar (anterior)	Cambios Realizados a la Versión
2006-11-30	V4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ajusta numeral 3, se amplían conceptos.</li> <li>• Se modifica numeral 4, se cambia la descripción de todas las condiciones generales.</li> <li>• Se cambia el esquema del flujograma por cuadro de actividades (Desarrollo)</li> <li>• Se incluyen otros documentos de referencia y se retira los formatos de remisión de queja.</li> </ul>
2007-11-09	V5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan cambios en el objetivo</li> <li>• Ajuste en el alcance de la coordinadora de Atención al Usuario.</li> <li>• Ajuste en la definición de sugerencia.</li> <li>• Se retira de documentos de referencia el numeral 5.3 y 5.4.</li> <li>• Se realizan ajustes en las condiciones generales.</li> </ul>
2011-08-19	V6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se complementa el desarrollo del procedimiento.</li> <li>• Se modifican algunas de las condiciones generales</li> </ul>
2011-10-19	V7	<p>Se modifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo, Alcance., En el desarrollo se anexa la actividad "Clasificación y Respuesta", Se anexa en definiciones de términos:</li> <li>• Nivel de Prioridad Alta</li> <li>• Nivel de Prioridad Medio</li> <li>• Nivel de Prioridad Baja</li> <li>• Estructura, Proceso, Resultado, Se modifican algunas de las condiciones generales.</li> <li>• Se anexan los documentos de referencia:</li> <li>• Plantilla de escucha activa</li> <li>• Deberes y derechos</li> </ul>
2012-04-20	V8	<p>Se cambia formato del documento debido a migración a nueva plataforma de control documental.</p>
2015-02-10	V9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes en: se adiciona otra especificación: En caso de presentarse una queja o reclamo relacionado a gases medicinales se debe proceder como esta descrito en el documento programa de farmacovigilancia en su condición general 6.12 y especificación 8.7.</li> <li>• Se relaciona el Programa de Farmacovigilancia.</li> </ul>
2017-10-17	V10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza cambios en condiciones generales</li> <li>• Se realiza cambios en canales de comunicación</li> <li>• Se anota la observación sobre derechos de petición y tutelas</li> <li>• Se realiza cambio con relación a la persona responsable (apoyo por parte del profesional en atención al usuario)</li> <li>• Modificación en el usuario sede Centro</li> <li>• Se incluye el Numero 4.7 Tiempo de respuesta por el líder o coordinador del área al cual corresponde la queja</li> <li>• Se cambia el código del documento por cambios en el proceso anterior código CT-Pd-AU-01</li> </ul>

2019-02-19	V11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hizo ajuste en todos los ítems, como cambio relevante es la inclusión del Aplicativo Almera como gestión Integral de las PQRSF</li> <li>• Se define los tiempos de respuesta según Prioridad de la queja o reclamo.</li> </ul>
2020-12-01	V12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes en el título, en el objetivo, alcance, definiciones, se define los atributos de calidad según el ministerio de protección social, se incluye la tabla con los canales para la recepción, se reorganiza y ajusta los ítems de proceso de las pqrsl, se ajusta las definiciones de los niveles de prioridad, se agrega las</li> <li>• Medidas a tomar según prioridad, el numeral 7 se adiciona y se ajusta los documentos de referencia</li> <li>• Se agrega la introducción,</li> <li>• Se define Escucha activa</li> <li>• Se redacta el proceso de la queja, reclamo o sugerencia cuando se recibe en otro servicio diferente a Au. En el numeral 6</li> <li>• Se amplía el numeral 7.1 y 7.2</li> <li>• Se define el proceso de la queja y reclamo reiterativa o frecuente, se incluye el numeral 8.2</li> </ul>
2021-05-31	V13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En condiciones generales se agrega la responsabilidad del líder, jefe o coordinador que recibe una felicitación o agradecimiento sen compartir con el personal del servicio y personas nombradas.</li> <li>• Se especifica el proceso de un derecho de petición o tutela cuando este sea recibido en el servicio de experiencia de las personas / Atención al usuario.</li> <li>• Se amplía la condición general con las quejas relacionadas con medicamentos y el servicio farmacéutico.</li> <li>• En el ítem Canales de recepción, Se Incluye el nombre del servicio de experiencia de las personas</li> </ul>
2021-11-02	V14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incluye el numeral 9, Despliegue.</li> </ul>
2022-04-21	V15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agrega el nombre de experiencia de las personas en la tabla de canales de recepción</li> <li>• Ajustes en el seguimiento al proceso y en despliegue.</li> <li>• Se agregan otros datos en indicadores y se adiciona como indicador el tiempo promedio en respuesta a las quejas prioridad alta.</li> <li>• Se ajusta la responsabilidad de los químicos farmacéuticos en la gestión de las PQRS.</li> </ul>
2022-08-29	V16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En definiciones se completa los atributos de calidad y Principios fundamentales del derecho a la salud.</li> <li>• Se incluye; eficiencia, eficacia, coordinación y se retira humanización</li> <li>• Se ajusta definición en: Oportunidad, accesibilidad, continuidad. Competencia y aceptabilidad.</li> <li>• Se ingresa como documento de referencia la Ley Estatutaria 1751-2015</li> </ul>

### 13. FLUJO DE ELABORACIÓN – REVISIÓN – APROBACIÓN

Elaboración	Revisión Técnica	Aprobación Corporativa
<b>Nombre / Cargo:</b> Diana Luz Zuluaga / Líder de UF AU Centro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Hna. Blanca Aurora Marín / Coordinadora Pastoral del Salud/ Centro – Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Hna. Laura María Mejía T./ Directora General.
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo P / Líder de UF AU Tesoro.		
<b>Fecha:</b> 2012-04-10 <b>Fecha:</b> 2015-02-09	<b>Fecha:</b> 2012-04-10 <b>Fecha:</b> 2015-02-11	<b>Fecha:</b> 2012-04-20 <b>Fecha:</b> 2015-02-12
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo P / Coordinadora de Atención al usuario Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Beatriz Montoya Arias / Auditora de Calidad sede Centro- Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Comité de Dirección.
<b>Nombre / Cargo:</b> Diana Johana Ospina / Coordinadora de Atención al Usuario Sede Centro.		
<b>Fecha:</b> 2017-05-17	<b>Fecha:</b> 2017-10-17	<b>Fecha:</b> 2017-10-17
<b>Nombre / Cargo:</b> Diana Johana Ospina / Coordinadora de Atención al Usuario Sede Centro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo P/ Coordinadora de Atención al Usuario Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Comité de Mejoramiento.
<b>Fecha:</b> 2019-02-15	<b>Fecha:</b> 2019-02-15	<b>Fecha:</b> 2019-02-19
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo Pineda / Coordinador Atención al Usuario-Pastoral Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Alejandra González Angel Coordinadora de Planeación y Mejoramiento Continuo	<b>Nombre / Cargo:</b> Comité de Mejoramiento Continuo.
<b>Nombre / Cargo:</b> Hna. Blanca Aurora Marín / Coordinadora Eje Humanización ACP Centro-Tesoro.		
<b>Nombre / Cargo:</b> Annie Johana Delgado Hidalgo / Trabajador Social Centro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Yurley Maria Agudelo Agudelo / Subdirector Servicios Clínicos Tesoro.	
<b>Fecha:</b> 2020-04-24	<b>Fecha:</b> 2020-04-29	<b>Fecha:</b> 2020-12-01
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo Pineda / Coordinador Atención al Usuario-Pastoral Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Fabio Ramirez / Director técnico del Servicio Farmacéutico.	<b>Nombre / Cargo:</b> Comité de Mejoramiento Continuo.
<b>Fecha:</b> 2021-05-31	<b>Fecha:</b> 2021-05-31	<b>Fecha:</b> 2021-05-31
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo Pineda / Coordinador Atención al Usuario-Pastoral Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Katalina Moreno Tamayo / Profesional Gestión Integral Eje Humanización ACP	<b>Nombre / Cargo:</b> Comité Planeación y Mejoramiento.
<b>Fecha:</b> 2021-10-29		
<b>Nombre / Cargo:</b> Hermana Blanca Aurora Marín Hoyos / Coordinadora eje	<b>Nombre / Cargo:</b>	<b>Fecha:</b> 2021-11-02 <b>Nombre / Cargo:</b>

humanización ACP Centro-Tesoro.	Katalina Moreno Tamayo / Profesional Gestión Integral Eje Humanización ACP	Comité de Humanización – Atención Centrada en la Persona.
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo Pineda / Coordinador Atención al Usuario-Pastoral Tesoro.		
<b>Fecha:</b> 2022-04-21	<b>Fecha:</b> 2022-04-21	<b>Fecha:</b> 2022-04-21
<b>Nombre / Cargo:</b> Luz Elena Naranjo Pineda / Coordinador Atención al Usuario-Pastoral Tesoro.	<b>Nombre / Cargo:</b> Alejandra González Angel / Jefe de Planeación y Mejoramiento Continuo.	<b>Nombre / Cargo:</b> Hermana Blanca Aurora Marin Hoyos / Coordinadora eje humanización ACP Centro-Tesoro.
<b>Fecha:</b> 2022-08-29	<b>Fecha:</b> 2022-08-29	<b>Fecha:</b> 2022-08-29