

|   |  |  |                     |              |
|---|--|--|---------------------|--------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              |  | EGPsp00-140         |              |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> |  | VERSION             | 3            |
|   |  |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014   |
|   | <b>CARACTERIZACION</b>                                 |  |                     | Pág. 1 de 16 |

| FECHA DEL CAMBIO | DESCRIPCION DEL CAMBIO   | JUSTIFICACION DEL CAMBIO  | VERSION |
|------------------|--|---|---------|
| 12/12/2008       | Elaboración del documento  |   | 1       |
| 20/10/2010       | Actualización de la codificación de acuerdo al mapa de procesos Institucional actualizado y aprobado.<br>Implementación de la guía para la elaboración y codificación de documentos del Sistema Integral de Gestion (MECI - CALIDAD) | Modelo Estándar de Control Interno 1.000 – 2005.<br>Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en Salud.  | 2       |
| 05/09/2011       | Actualización de la codificación de acuerdo al mapa de procesos Institucional actualizado y aprobado.<br>Implementación de la guía para la elaboración y codificación de documentos del Sistema Integral de Gestion (MECI - CALIDAD) | Modelo Estándar de Control Interno 1.000 – 2005.<br>Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en Salud.  | 3       |
| 03/04/2012       | Actualización del procedimiento .<br>Implementación de indicadores de gestión del proceso.   | Sistema Obligatorio de la garantía de calidad en salud, Resolución 123 de 2012  | 4       |
| 21/08/2014       | Actualización de la codificación de acuerdo al organigrama estructural y estructura de procesos.   | Acuerdo 008 de 17 de Julio de 2014 la Junta Directiva aprueba el organigrama estructural.<br>Acuerdo 010 del 23 de Septiembre de 2014, adopta la nueva estructura de procesos de la ESE Salud del Tundama | 5       |

## 1. OBJETIVO

Mantener informado al usuario, así como conocer sus necesidades y expectativas con respecto a los servicios de salud ofertados.

## 2. ALCANCE

Todos los usuarios del municipio y que estén cubiertos por los contratos vigentes en la empresa, convenios con el municipio o el departamento y los usuarios particulares que requieran el servicio

## 3. RESPONSABLE DEL PROCESO

Lider SIAU

## 4. SOPORTE LEGAL Y/O DOCUMENTAL

- **Ley 100 de 1993:** "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 1011 de 2006 Establece el sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud

|  |   |                     |            |
|--|---|---------------------|------------|
| <br>ESTRATEGICOS<br>DIRECCIONAMIENTO<br>ESTRATEGICO | GESTION AL USUARIO                              | EGPSp00-140         |            |
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO | VERSION             | 3          |
|  |   | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| CARACTERIZACION  | Pág. 2 de 16                                    |                     |            |

- **Resolución 2003 de 2014:** Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- **Resolución 2181 de 2008:** Por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público.
- **Circular 047 de Supersalud:** Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control
- **Decreto 1876 de 1994:** Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos
- **Decreto 1757 de 1994:** Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994.

## 5.

| PROVEEDOR   | ENTRADAS  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio Protección Social</li> <li>• Secretaria Municipal de Salud</li> <li>• Empresas promotoras de régimen subsidiado.</li> <li>• Empresas o personas particulares</li> <li>• Entidades con regímenes especiales.</li> <li>• Secretaria de Salud Departamental</li> <li>• Superintendencia de Salud</li> <li>• Quejas-sugerencias-reclamos-felicitaciones</li> <li>• Usuario Interno y externo</li> <li>• Asociación de usuarios</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas</li> <li>• Contratos</li> <li>• Encuestas</li> <li>• Quejas-sugerencias-reclamos-felicitaciones</li> <li>• Asambleas</li> </ul> |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPSp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  | Pág. 3 de 16        |            |

|  |  |
|--|--|
| <b>SALIDAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información</li> <li>• Informes</li> <li>• Indicadores monitoreados</li> <li>• Planes de Mejora</li> </ul> | <b>CLIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuario</li> <li>• EPS</li> <li>• Direccionamiento estratégico</li> <li>• Evaluación y mejora continua</li> <li>• Todos los procesos</li> <li>• Supersalud</li> <li>• Secretaria de Salud</li> </ul> |
|--|--|

## 6. ACTIVIDADES

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer necesidades y expectativas de los usuarios</li> <li>• Conocer requisitos de los clientes</li> <li>• Buscar satisfacer las necesidades-expectativas y requisitos de los clientes</li> <li>• Propiciar la participación ciudadana en la toma de decisiones con respecto a los servicios ofertados</li> <li>• Establecer canales de comunicación funcionales entre los usuarios y la empresa</li> <li>• Mantener informado al usuario</li> <li>• Educar al usuario</li> </ul> |
|---|

## 7. PROCEDIMIENTOS

| No. | DENOMINACIÓN  | CÓDIGO |
|-----|---|--------|
| 1   | Implementación del sistema de información y atención al usuario |        |
| 2   | Tramite de peticiones, quejas y reclamos                        |        |
| 3   | Estudio de satisfacción del cliente externo                     |        |
| 4   | Charlas educativas a usuario Inasistente                        |        |

|  |   |  |                     |            |
|--|---|--|---------------------|------------|
|  <p>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</p> | GESTION AL USUARIO                              |  | EGPSP00-140         |            |
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO |  | VERSION             | 3          |
|  |   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
|  | CARACTERIZACION                                 |  | Pág. 4 de 16        |            |

|  |   |
|--|---|
| <b>Nombre del indicador</b>  | Satisfacción del usuario  |
| <b>Proceso</b>   | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>  | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>   | No. de usuarios satisfechos con el servicio / No. de usuarios encuestados X 100 |
| <b>Unidades</b>  | %   |
| <b>Fuente de información</b>   | Encuestas de satisfacción   |
| <b>Meta del indicador</b>  | >=97%   |
| <b>Umbral</b>  | (92-97)%  |
| <b>Nivel critico</b>   | <=92%   |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)  | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)   | Medir la satisfacción de los usuarios frente a los servicios.                   |
| <b>Tendencia esperada</b>  | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>  | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b><br>(Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria  |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>  | Líder SIAU  |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPsp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  | Pág. 5 de 16        |            |

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>   | Capacitación en Deberes y derechos  |
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>   | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No. de usuarios que conocen los D y D / No. de usuarios encuestados X 100 |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>  | Encuestas de satisfacción   |
| <b>Meta del indicador</b>   | >=90%   |
| <b>Umbral</b>   | (73-90)%  |
| <b>Nivel critico</b>  | <=73%   |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir la adherencia a Derechos y Deberes                                  |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria  |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU  |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPSp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  | Pág. 6 de 16   |                     |            |

| Nombre del indicador  | Información completa  |
|---|---|
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>   | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No. de usuarios que recibieron información de calidad / No. de usuarios encuestados X 100 |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>  | Encuestas de satisfacción   |
| <b>Meta del indicador</b>   | >=90%   |
| <b>Umbral</b>   | [86-90)%  |
| <b>Nivel critico</b>  | <86%  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir la adherencia de la información entregada por los profesionales                     |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria  |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU  |

|   |   |  |                     |            |
|---|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                       |  | EGPSp00-140         |            |
|   | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO |  | VERSION             | 3          |
|   |   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
|   | <b>CARACTERIZACION</b>                          |  | Pág. 7 de 16        |            |

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>   | Participación de las PQR frente al servicio           |
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario                        |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>   | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No. de PQR recibidas / No. de usuario atendidos X 100 |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>  | PQR presentadas en el mes                             |
| <b>Meta del indicador</b>   | <=5%  |
| <b>Umbral</b>   | NA  |
| <b>Nivel critico</b>  | >5%   |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir la participación de PQR frente a los servicios  |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Disminuir   |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria                          |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU  |

|   |  |  |                            |            |
|---|--|--|----------------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              |  | EGPSp00-140                |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> |  | <b>VERSION</b>             | 3          |
|   |  |  | <b>FECHA DE APROBACION</b> | 03/12/2014 |
|   | <b>CARACTERIZACION</b>                                 |  | Pág. 8 de 16               |            |

| <b>Nombre del indicador</b>   | <b>Emisión de respuesta</b>                            |
|---|--|
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario                         |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>   | Líder SIAU   |
| <b>Formula</b>  | No. de respuestas emitidas / No. de PQR recibidas      |
| <b>Unidades</b>   | %  |
| <b>Fuente de información</b>  | PQR presentadas en el mes                              |
| <b>Meta del indicador</b>   | $\geq 100\%$   |
| <b>Umbral</b>   | (95-100)%  |
| <b>Nivel crítico</b>  | $\leq 95$  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad  |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir repuestas emitidas de PQR frente a los servicios |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar   |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual  |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria                           |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPSp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  | Pág. 9 de 16        |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Responsable de analizar el indicador</b> | Líder SIAU |
|---|------------|

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>   | Oportunidad de respuesta  |
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>                                 | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No. de PQR contestadas en un periodo no superior a 15 días / No. de PQR recibidas X 100 |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>  | PQR presentadas en el mes   |
| <b>Meta del indicador</b>   | >=100%  |
| <b>Umbral</b>   | (95-100)%   |
| <b>Nivel critico</b>  | <95%  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)               | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)                              | Medir la efectividad de repuestas PQR frente a los servicios                            |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los | Comité de Ética hospitalaria  |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPSp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  | Pág. 10 de 16       |            |

|   |            |
|---|------------|
| indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) |            |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU |

| Nombre del indicador  | Acciones de mejora implementadas  |
|---|---|
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>                   | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No. de acciones de mejora implementadas, derivadas de los reclamos / No. de Reclamos recibidos. |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>                                  | PQR presentadas en el mes   |
| <b>Meta del indicador</b>                                     | $\geq 70\%$   |
| <b>Umbral</b>   | (65-70)%  |
| <b>Nivel crítico</b>  | $\leq 65\%$   |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad) | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)                | Medir las acciones de mejoramiento implementadas frente a las PQR presentadas                   |
| <b>Tendencia esperada</b>                                     | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>                                 | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del</b>                              | Comité de Ética hospitalaria  |

|  |   |  |                     |            |
|--|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESE SALUD del TUNDAMA</b><br>ESTRATEGICOS<br>DIRECCIONAMIENTO<br>ESTRATEGICO | <b>GESTION AL USUARIO</b>                       |  | EGPSp00-140         |            |
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO |  | VERSION             | 3          |
|  |   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>   |   |  | Pág. 11 de 16       |            |

|   |            |
|---|------------|
| <b>Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) |            |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU |

| Nombre del indicador  | Cumplimiento de Actividades   |
|---|---|
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>                   | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>  | No de actividades realizadas/No de actividades programadas X 100  |
| <b>Unidades</b>   | %   |
| <b>Fuente de información</b>                                  | Cronogramas de actividades y control de asistencia actividades de información   |
| <b>Meta del indicador</b>                                     | >=100%  |
| <b>Umbral</b>   | (98-100)%   |
| <b>Nivel critico</b>  | <=95%   |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad) | Efectividad   |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)                | Medir actividades en las comunas y en los corregimientos, que permitan dar a conocer los servicios prestados por la ESE |
| <b>Tendencia esperada</b>                                     | Aumentar  |

|  |   |                     |            |
|--|---|---------------------|------------|
|  <p>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</p> | GESTION AL USUARIO                              | EGPsp00-140         |            |
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO | VERSION             | 3          |
|  |   | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
|  | CARACTERIZACION                                 | Pág. 12 de 16       |            |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual                      |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU                   |

| Nombre del indicador  | Información  |
|---|--|
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario   |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>                   | Líder SIAU   |
| <b>Formula</b>  | No de usuarios informados/No de usuarios de grupos seleccionados                                     |
| <b>Unidades</b>   | %  |
| <b>Fuente de información</b>                                  | Cronograma de actividades y control de asistencia actividades de información                         |
| <b>Meta del indicador</b>                                     | $\geq 70\%$  |
| <b>Umbral</b>   | (65-70)%   |
| <b>Nivel critico</b>  | $\leq 65\%$  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad) | Efectividad  |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)                | Medir el desarrollo de actividades informativas y de educación al usuario frente a los servicios que |

|   |   |  |                     |            |
|---|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                       |  | EGPSp00-140         |            |
|   | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO |  | VERSION             | 3          |
|   |   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |   |  | Pág. 13 de 16       |            |

|   |  |
|---|--|
|   | presta la organización y la demanda de los   |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar   |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual  |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria   |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU   |
| <b>Nombre del indicador</b>   | Impacto de la información  |
| <b>Proceso</b>  | Gestión de atención al usuario   |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b>   | Líder SIAU   |
| <b>Formula</b>  | No de usuarios que demandan el servicio de salud a través de la información brindada al usuario/No de usuarios encuestadosx100 |
| <b>Unidades</b>   | %  |
| <b>Fuente de información</b>  | Formato de atención personalizada  |
| <b>Meta del indicador</b>   | $\geq 70\%$  |
| <b>Umbral</b>   | (65-70)%   |
| <b>Nivel critico</b>  | $\leq 65\%$  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad  |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué)  | Medir el desarrollo de actividades informativas y  |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              | EGPSp00-140         |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> | VERSION             | 3          |
|   |  | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  | Pág. 14 de 16       |            |

|   |   |
|---|---|
| sirve)  | de educación al usuario frente a los servicios que presta la organización y la demanda de los |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar  |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual   |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria  |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre del indicador</b>                 | Efectividad contacto telefónico   |
| <b>Proceso</b>                              | Gestión de atención al usuario  |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b> | Líder SIAU  |
| <b>Formula</b>                              | No de pacientes que asistieron a consulta/No de pacientes contratados telefónicamente X 100 |
| <b>Unidades</b>                             | %   |
| <b>Fuente de información</b>                | Formato control de llamadas.  |
| <b>Meta del indicador</b>                   | >=95%   |
| <b>Umbral</b>                               | (93-95)%  |
| <b>Nivel critico</b>                        | <=93%   |

|  |   |                     |            |
|--|---|---------------------|------------|
|  <p>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</p> | GESTION AL USUARIO                              | EGPSp00-140         |            |
|  | SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO | VERSION             | 3          |
|  |   | FECHA DE APROBACION | 03/12/2014 |
|  | CARACTERIZACION                                 | Pág. 15 de 16       |            |

|   |  |
|---|--|
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad  |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir el desarrollo de actividades informativas y de educación al usuario frente a los servicios que presta la organización y la demanda de los mismos |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar   |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual  |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria   |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre del indicador</b>                 | Hospital seguro  |
| <b>Proceso</b>                              | Gestión de atención al usuario   |
| <b>Responsable de calcular el indicador</b> | Líder SIAU   |
| <b>Formula</b>                              | No de usuarios encuestados que categorizan la ESE como hospital seguro/No de usuarios encuestados x100 |
| <b>Unidades</b>                             | %  |
| <b>Fuente de información</b>                | Encuestas de satisfacción  |
| <b>Meta del indicador</b>                   | >=90%  |

|   |  |  |                            |            |
|---|--|--|----------------------------|------------|
| <br><b>ESTRATEGICOS<br/>DIRECCIONAMIENTO<br/>ESTRATEGICO</b> | <b>GESTION AL USUARIO</b>                              |  | EGPSp00-140                |            |
|   | <b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</b> |  | <b>VERSION</b>             | 3          |
|   |  |  | <b>FECHA DE APROBACION</b> | 03/12/2014 |
| <b>CARACTERIZACION</b>  |  |  | Pág. 16 de 16              |            |

|   |  |
|---|--|
| <b>Umbral</b>   | [85-90)%   |
| <b>Nivel critico</b>  | <85  |
| <b>Tipo del indicador</b> (Eficiencia, Eficacia, Efectividad)   | Efectividad  |
| <b>Utilidad del indicador</b> (Para qué sirve)  | Medir las actividades desarrolladas para prestar los servicios de forma segura y generar confianza de todos sus usuarios |
| <b>Tendencia esperada</b>   | Aumentar   |
| <b>Frecuencia de medición</b>   | Mensual  |
| <b>Informe de Evaluación del Indicador</b> (Presentación del informe de los indicadores ante el respectivo comité, en donde lo principal que se evaluará serán los puntos críticos) | Comité de Ética hospitalaria   |
| <b>Responsable de analizar el indicador</b>   | Líder SIAU   |

|  |                          |               |
|--|--------------------------|---------------|
| <b>Elaborado por:</b> Equipo SIAU          | <b>Fecha:</b> 21/08/2014 | <b>Firma:</b> |
| <b>Revisado por:</b> Comité MECI - Calidad | <b>Fecha:</b> 10/10/2014 | <b>Firma:</b> |
| <b>Aprobado por:</b> Gerencia              | <b>Fecha:</b> 03/12/2014 | <b>Firma:</b> |