

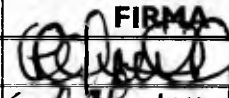
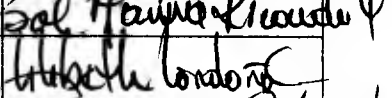
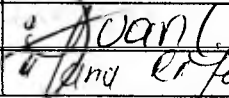
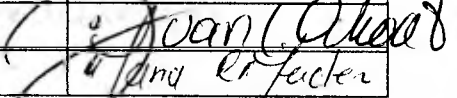
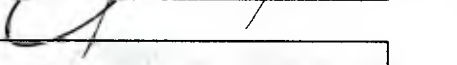
	REGISTRO	CÓDIGO:	SIAU-Rg-10
		VIGENCIA:	Junio 2017
	Acta de apertura de Buzón		UNIDAD FUNCIONAL SIAU

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN 1

ACTA N°	LUGAR	FECHA	HORA INICIO	HORA TERMINA
01	lps su salud integral	20 de febrero del 2020	9 am	10:30 am

TEMA	Reunión de Alianza de usuarios 20 de febrero del 2020
-------------	---

TIPO	Comité		SIAU	x	Mejoramiento continuo		Otros	
-------------	--------	--	------	---	-----------------------	--	-------	--

NOMBRE ASISTENTE	CARGO	FIRMA
ALEXANDER RAFAEL PEREZ PEÑARANDA	Presidente	
SOL MARINA RICARDO VILLADIEGO	Secretaria	
LILIBETH LONDOÑO CARRASCAL	Representante de I a IPS	
JUAN CARLOS PEREZ	Otros Integrantes	
MARIA CRISTINA MENDEZ BALLESTEROS	Otros Integrantes	

ORDEN DEL DÍA
1. Llamado a lista y verificación del Quorum
2. Lectura y aprobación del acta anterior
3. Presentación de temas a tratar
4. Quejas y peticiones
5. Revisión de compromisos y tareas
6. Tema de capacitación
7. Propositiones, recomendaciones y varios
8. Terminación de la reunión

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- Se inicia la reunión con los puntos detallados para la orden del día.
- Se le informa a los miembros de alianza usuario los servicios que ofrece la IPS.
La IPS SU SALUD INTEGRAL SAS es una institución cuya misión en este momento principalmente es prestar servicios de Salud Ocupacional para tal fin cuenta con los siguientes servicios
Consulta medica especializada en salud ocupacional
Laboratorio Clínico de primer nivel de atención presta los servicios a pacientes de salud ocupacional y a pacientes particulares
Fonoaudiología donde se realizan audiometrias ocupacionales y audiometrias clinicas
ademas se presta servicios de terapia del lenguaje
Fisioterapia donde se realiza evaluaciones osteomusculares y espirometrias

	REGISTRO	CÓDIGO:	SIAU-Rg-10
		VIGENCIA:	Junio 2017
	Acta de apertura de Buzón	UNIDAD FUNCIONAL	
		SIAU	

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN I

Psicología donde se realizan pruebas para trabajo en alturas warteg pruebas de personalidad y ademas test psicosenso metricos

Vacunacion a trabajadores se coloca vacuna de tetatonos hepatitis b y fiebre amarilla
Es importante aclarar que la IPS SU SALUD INTEGRAL NO CUENTA CON NINGUN CONTRATO O CONVENIO CON EPS

LA IPS SU SALUD INTEGRAL PRESTA SERVICIOS A LA MEDICINA PREPAGADA DE SURA

3. Se le informa a los miembros de alianza usuario los teléfono para comunicarse con la IPS y correo electrónico:
Teléfonos: **RECEPCIÓN** responsable DANILSE PATERNINA Y LILIBETH LONDOÑO CEL 3215889886

ADMINISTRACION responsable LORENA MORA CEL 3105050532 DIANA HERNANDEZ CEL 3205111506

SEDE CAUCASIA responsable LUCELY ARROYO CEL 3136713490

COORDINACION MEDICA responsable ALFONSO MENDEZ CARO CEL 3157479360

Correo electrónico: ipssusaludintegral@yahoo.es eocupacionalcaucasia@gmail.com

4. Se les recuerda a los miembros de alianza usuario los horarios de atención
En MONTELIBANO CORDOBA

- De lunes a viernes de 6 AM A 12 M Y 2 PM A 5 PM
- Sábados de 6 AM A 12 M

En CAUCASIA ANTIOQUIA

- De lunes a viernes de 7 AM A 12 M Y 2 PM A 5 PM
- Sábados de 7 AM A 12 M

5. Se les recuerda a los miembros de alianza usuario que los copagos dependen del nivel de afiliación a EPS o plan de prepaga de que tenga el usuario.
6. Se le enseña a los miembros de alianza usuario que la IPS cuenta con encuestas de satisfacción para los servicios de consulta externa, laboratorio clínico la cuales está en buzón de sugerencias para ser diligencias y cuenta con registro de PQRS.

**REGISTRO****CÓDIGO:** SIAU-Rg-10**VIGENCIA:** Junio 2017

Acta de apertura de Buzón

UNIDAD FUNCIONAL

SIAU

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN 1

REGISTRO		CÓDIGO	SIAU-Rg-10				
Encuesta de satisfacción - Consulta Externa		VIGENCIA	Junio 2017				
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN 1		UNIDAD FUNCIONAL	SIAU				
Buscando siempre la excelencia en la prestación del servicio, deseamos conocer su opinión, por ello lo hacemos partícipe de nuestro compromiso y desarrollo en busca de ofrecerle lo que usted desea y requiere; por favor conteste objetivamente las siguientes preguntas.							
Las preguntas 1 a 6 se deben calificar de 1 a 5, donde 1 representa el más alto nivel de INSATISFACCIÓN y 5 el más alto nivel de SATISFACCIÓN							
Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	1	2	3	4	5	
1	Trato e información brindada durante la asignación de la cita						
2	El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido por el médico el día de su cita						
3	Condiciones de privacidad, decoración, confiabilidad del personal, trato digno y respetuoso						
4	Limpieza y aseo (Sal de espera, Consultorio, Baños, Pisos, etc.)						
5	Comodidad y temperatura de las instalaciones						
6	Presentación personal de las personas que lo atendieron						
Las Preguntas 7 a 10 se deben responder con SI o NO , con base en la experiencia durante la atención							
Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	N/A			
7	Le informaron oportunamente sobre los documentos que tenía que traer para su cita						
8	El médico le habló claramente acerca de su condición de salud						
9	Si le ordenaron exámenes o procedimientos, le fueron explicados, le dijeron para que se harían						
10	Si le formularon medicamentos, le explicaron para que eran y como usarlos						
Nº	PREGUNTA	Muy Mal	Mal	Regular	Buena	Muy Buena	
11	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios que ha recibido?						
Nº	PREGUNTA	Definitivamente NO	Probablemente NO	Probablemente SI	Definitivamente SI		
12	¿Recomendaría a sus familiares y amigos nuestra Institución?						
SI DESEA REALIZAR ALGUNA FELICITACIÓN, QUEJA O SUGERENCIA REDACTELA A CONTINUACIÓN							
FELICITACIÓN							
QUEJA Afirmación u opinión al no estar conforme con el servicio prestado							
SUGERENCIA Afirmación u opinión con el fin de contribuir al mejoramiento del servicio prestado							
DÍA		MES		AÑO		ENCUESTA Nº	
Nombre usuario		Nº CC		Tel			
Aseguradora		Tipo:	Subsidiado		Contributivo		
Dirección							
Firma							



REGISTRO

CÓDIGO: SIAU-Rg-10

VIGENCIA: Junio 2017

Acta de apertura de Buzón

UNIDAD FUNCIONAL

SIAU

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN I

REGISTRO		CÓDIGO	SIAU-Rg-10
Encuesta de satisfacción - Examen Médico Ocupacional y/o Pruebas Complementarias		VIGENCIA	Junio 2017
		UNIDAD FUNCIONAL	SIAU

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN I

Buscando siempre la excelencia en la prestación del servicio, deseamos conocer su opinión, por ello lo hacemos participe de nuestro compromiso y deseamos basar de ofrecerle lo que usted desea y requiere; por favor conteste objetivamente las siguientes preguntas.

Las preguntas 1 a 6 se deben calificar de 1 a 5, donde 1 representa el más alto nivel de **INSATISFACCIÓN** y 5 el más alto nivel de **SATISFACCIÓN**

Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	1	2	3	4	5
1	Trato e información brindada para la realización de su atención	☐	☐	☐	☐	☐
2	Explicación del consentimiento informado para su atención y respectiva firma	☐	☐	☐	☐	☐
3	Condiciones de privacidad, discreción, confidencialidad del personal (trato digno y respetuoso)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Limpieza y aseo (Sala de espera, Consultorio, baños, Pisos, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
5	Comodidad y temperatura de las instalaciones	☐	☐	☐	☐	☐
6	Presentación personal de las personas que lo atendieron	☐	☐	☐	☐	☐

Las Preguntas 7 a 10 se deben responder con **SI** o **NO**, con base en la experiencia durante la atención

Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	NA
7	La entrega del Certificado de Aptitud Ocupacional y/o resultados fue oportuna	☐	☐	☐
8	Durante los exámenes o estudios le explicaron en que consisten y que debía hacer durante la realización de los mismos	☐	☐	☐
9	El médico dio respuesta a las preguntas o dudas sobre su condición de salud	☐	☐	☐
10	Se sintió seguro durante la atención; teniendo en cuenta los equipos empleados, la competencia del personal, limpieza y aseo, etc.	☐	☐	☐

Nº	PREGUNTA	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena
11	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios que ha recibido?	☐	☐	☐	☐	☐

Nº	PREGUNTA	Definitivamente NO	Probablemente NO	Probablemente SI	Definitivamente SI
12	¿Recomendaría a sus familiares y amigos nuestra Institución?	☐	☐	☐	☐

SI DESEA REALIZAR ALGUNA FELICITACIÓN, QUEJA O SUGERENCIA REDACTELA A CONTINUACIÓN

FELICITACIÓN	
QUEJA	Afirmación u opinión al no estar conforme con el servicio prestado
SUGERENCIA	Afirmación u opinión con el fin de contribuir al mejoramiento del servicio prestado

DÍA	☐	MES	☐	AÑO	☐	ENCUESTA Nº	☐
Nombre usuario	☐	Nº CC	☐	Tel	☐		
Aseguradora	☐	Tipo: Subsidado	☐	Contributivo	☐		
Dirección	☐						

Firma ☐



REGISTRO

CÓDIGO: SIAU-Rg-10

VIGENCIA: Junio 2017

Acta de apertura de Buzón

UNIDAD FUNCIONAL

SIAU

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN I

REGISTRO		CÓDIGO	SIAU-Rg-10
Encuesta de satisfacción - Toma de muestras de Laboratorio Clínico		VIGENCIA	Junio 2017
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD - VERSIÓN I		UNIDAD FUNCIONAL	SIAU
Buscando siempre la excelencia en la prestación de los servicios, deseamos conocer su opinión, por lo lo hacemos participar de nuestro compromiso y desarrollamos encuestas de satisfacción lo que usted desea y requiere; por favor conteste objetivamente las siguientes preguntas.			
Las preguntas 1 a 6 se deben calificar de 1 a 5, donde 1 representa el más alto nivel de INSATISFACCIÓN y 5 el más alto nivel de SATISFACCIÓN			
Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	1º	2º
1	Trato e información brindada durante la atención personal o telefónica	☐	☐
2	El tiempo que tuvo que esperar para ser atendido en la toma de muestras	☐	☐
3	Condiciones de privacidad, discreción y confidencialidad del personal	☐	☐
4	Limpieza y medio (Salida de espera, Toma de muestras, Ámbulos, Pasos, etc)	☐	☐
5	Comodidad y temperatura de las instalaciones	☐	☐
6	Presentación personal de las personas que lo atendieron	☐	☐
Las Preguntas 7 a 10 se deben responder con SI o NO, con base en la experiencia durante la atención			
Nº	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	SI	NO
7	Considera que durante su atención recibió un trato digno y respetuoso	☐	☐
8	Recibió información sobre la preparación requerida para la realización de sus exámenes	☐	☐
9	Recibió información de la fecha, hora o mecanismo para reclamar los resultados de sus exámenes	☐	☐
10	Le brindaron orientación previa para la toma de muestra y le solicitaron su autorización para realizar los exámenes	☐	☐
Nº	PREGUNTA	Muy Mala	Mala
11	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios que ha recibido?	☐	☐
Nº	PREGUNTA	Probablemente NO	Probablemente SI
12	¿Recomendaría a sus familiares y amigos nuestra Institución?	☐	☐
SI DESEA REALIZAR ALGUNA FELICITACIÓN, QUEJA O SUGERENCIA REDACTELA A CONTINUACIÓN			
FELICITACIÓN		☐	
QUEJA		☐	
SUGERENCIA		☐	
DÍA ☐ MES ☐ AÑO ☐ ENCUESTA Nº ☐			
Nombre usuario ☐		Nº CC ☐	
Aseguradora ☐		Tipo: ☐ Subsidiado ☐ Contributivo ☐	
Dirección ☐		☐	
Firma ☐			

	REGISTRO		CÓDIGO:	SIAU-Rg-10
			VIGENCIA:	Junio 2017
	Acta de apertura de Buzón		UNIDAD FUNCIONAL	
			SIAU	

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD – VERSIÓN I

7. Se realiza y aprueba el cronograma de reuniones de la alianza usuario para este año 2020.

		SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD											
		CRONOGRAMA DE REUNIONES DE											
		ALIANZA USUARIO											
	AÑO										2020		
COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
ALIANZA USUARIO		X				X					X		

CONTROL DE TAREAS O COMPROMISOS

TAREA O COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
Socializar deberes y derechos de los pacientes de la IPS.	Líder de SIAU	Junio del 2020
Socializar ¿Que es una veeduría Ciudadana?	Líder de SIAU	Junio del 2020

PRÓXIMA REUNIÓN	FECHA	HORA	LUGAR
	19 Junio del 2020	6 PM	VIRTUAL POR ZOOM