
	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 1 de 10

Fecha Informe:	25 de enero de 2018	Fecha de seguimiento	15 y 18 de enero de 2018
Proceso/Procedimiento auditado:	Gestión Apoyo Clínico / Gestión a Usuarios		
Objetivo general del seguimiento:	Evaluar que la gestión de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos de los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología – ESE- se realice de acuerdo con las normas legales vigentes		
Alcance del seguimiento:	La Auditoría aplica para el Procedimiento Gestión a Usuarios en lo relacionado con la gestión de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos de los usuarios del Instituto Nacional de Cancerología ESE durante el segundo semestre de 2017 e incluye el seguimiento de los hallazgos pendientes por ejecutar en el último seguimiento, realizado en primer semestre de 2017		
Criterios:	Ley 1474 de 2011 artículo 76: Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Componentes 2,3 y 4; Circular Externa 001 de 2011 Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno: Seguimiento a la atención adecuada de los Derechos de Petición, Ley 1437 de 2011 artículos 7, 8, 9, 3 y 22: Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y Decreto 019 de 2012 Ley Anti-Trámites		
Metodología empleada:	Entrevistas, revisión documental, evidencia físicas y virtual y observación directa		
Responsable del seguimiento:	Germán Andrés Salamanca Cárdenas - Oficina de Control Interno		

HALLAZGOS

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones y roles inicia su labor de Seguimiento, verificando el estado de los hallazgos identificados en el Informe de Gestión de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos realizado en el primer semestre de 2017, así:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 2 de 10

**SEGUIMIENTO HALLAZGOS AUDITORIA GESTIÓN PQRS INC
II SEMESTRE DE 2016 Y I SEMESTRE DE 2017**

FECHA	HALLAZGO	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO OCI JUNIO DE 2017	SUBSANADO		% de avance
				SI	NO	
Segundo semestre 2016	1. en el procedimiento Gestión a usuarios no implementó al 100% la gestión de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en el módulo PQR del SIAPINC 4.	Coordinación Gestión a Usuarios	<p>Evidencia 1: El módulo PQRS de SIAPINC 4, tiene un avance parcial, por cuanto la trazabilidad de las quejas allí radicadas avanza hasta el momento en que las mismas son direccionadas a las áreas encargadas de dar la respuesta, a partir de este punto no hay continuidad del proceso de respuesta a las quejas y se tiene trámite a través de correo electrónico. Durante el seguimiento se observa que aún se encuentra que a las quejas se les da respuesta a través del correo interno y no a través del módulo de SIAPINC de PQRS</p> <p>Evidencia 2: En el módulo aparecen tres opciones para incluir las quejas que se están registrando pero sólo se utilizan dos, no se utiliza la última opción. PQR – Se utiliza Ventanilla – Se utiliza Página web – No se utiliza</p> <p>Evidencia 3: De acuerdo al informe mensual y trimestral hasta ahora el módulo no ha sido utilizado, porque nos indica que no se ha recibido ninguna queja por este medio.</p>		X	67%
	2. La página web del INC no dispone de un enlace de fácil acceso a los ciudadanos, para la recepción de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y denuncias	Coordinación Gestión a Usuarios	<p>Evidencia 1: El link de acceso para la radicación de PQRS a través de la página web del INC continúa presentando las mismas dificultades descritas en el informe anterior del mes de junio 2016. Cuando se ingresó a la página institucional para verificar el link de PQRS se ingresó por el equipo de la coordinadora de Gestión a Usuarios (E), utilizando el explorador Internet Explorer, generando error.</p> <p>Evidencia 2: Al ingresar a la página web del INC, link PQR, aparece la opción de usuario y contraseña, la cual no es clara para el usuario que debe hacer, porque no hay un instructivo que le indique que debe hacer si es la primera vez que va a registrar una queja ni los pasos para realizar el registro.</p> <p>Evidencia 3: Registro anónimo: al dar clic el opción registro anónimo se abre un formulario para registrar la queja anónima pero este formulario tiene una serie de campos para ser diligenciados por el usuario pero no se tiene claro cuales campos son obligatorios para el registro de la queja. Además algunos campos no son claros "tipo de solicitante, tipo de solicitud", "medio de respuesta"</p>	X		
Primer semestre 2017	3. Se da trámite a las peticiones que lleguen por medios electrónicos.	Coordinación Gestión a Usuarios	Evidencia 1: El personal desconoce el correo electrónico para gestión de PQRS por lo cual se genera un incumpliendo en el procedimiento.	X		25%
		Coordinación Gestión a Usuarios y Asesoría de Comunicaciones	Evidencia 2: La oficina de comunicación no maneja un registro de control de cuantas solicitudes recibe, cuantas envía a gestión a usuarios, cuando debe recibir respuesta, es decir no existe un control de las solicitudes que se reciben por redes sociales.		X	
		Coordinación Gestión a Usuarios	Evidencia 3: No se tiene procedimiento documentado de cómo debe ser el manejo de las PQRS que se reciben por las redes sociales.		X	
	4. La entidad identifica las necesidades, expectativas e intereses del ciudadano para gestionar la atención adecuada y oportuna.	Asesoría de Calidad	Evidencia 1: Se evidencia incumpliendo en la descripción "GSI-P03-D-01 descripción de la actividad para identificar y evaluar las necesidades y expectativas de los clientes" en las siguientes actividades: * No se encuentra evidencia que se haya realizado grupos focales en lo transcurrido de este año para la identificación de la necesidades y expectativas del cliente.	X		100%
	5. Determinar la metodología para medir la satisfacción de los clientes: Determinando la metodología para medir la satisfacción de los clientes, teniendo en cuenta criterios estadísticos o censales según la cantidad de individuos en cada tipo de cliente a estudiar		Evidencia 1: Documentar la metodología que se va a utilizar para la medición de la satisfacción de los usuarios. La determinación de la metodología debe incluir: Justificación, objetivo, métodos e instrumentos de recolección de la información, esta auditoría evidencia que no se tiene un documento que demuestra la metodología definida"	X		33%
	Evidencia 2: A la fecha algunos servicios no reportar las encuesta o no cumplen con la muestra estipulada; de las 29 áreas defienda cada una debe entregar una muestra de 20 encuestas, esta auditoría evidencia que de los 29 servicios en promedio están recibiendo encuestas de satisfacción de 11 servicios que equivale a un total promedio de (250) encuestas mensuales que representan un 43% de la muestra total de (580) encuestas que se deben recibir mensuales			X		
		Evidencia 3: No hay coherencia en el informe de satisfacción de usuario con el de quejas ya que el de satisfacción nos muestra que tenemos una satisfacción por encima del 95% mientras que las quejas nos dicen que la mayoría de los pacientes se quejan por trato y amabilidad.		X		
TOTAL				6	8	52%

En resumen: De los 5 hallazgos informados por la Oficina de Control Interno en julio de 2017, correspondientes al Seguimiento Segundo semestre 2016 y Primer semestre 2017, 4 fueron subsanados parcialmente y 1 cerrado, lo cual representa 52% de gestión y cierre, tal como se detalla en la tabla anterior

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 3 de 10	

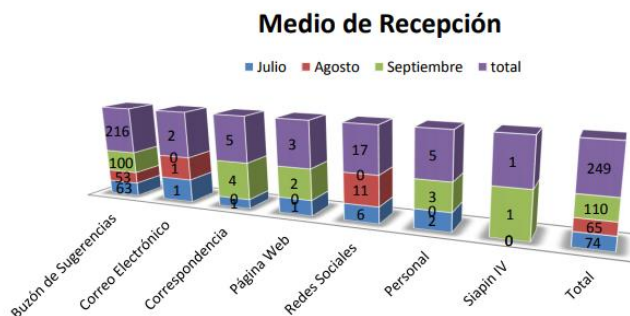
Hallazgo 1. (Se mantiene) El Procedimiento Gestión a Usuarios no implementó al 100% la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias en el módulo PQR del SIAPINC 4

Evidencia 1. El módulo PQRS de SIAPINC 4, presenta avance parcial, por cuanto la trazabilidad de las quejas allí radicadas se registra hasta el momento en que las mismas son direccionadas a las áreas encargadas de dar la respuesta. A partir de este punto no hay continuidad del proceso de respuesta a las quejas dado que el trámite se surte por correo electrónico, tal como se constató durante la labor de seguimiento realizada por la Oficina de Control Interno

En entrevista con la Coordinadora de Gestión a Usuarios, informa a la auditoría que aunque el módulo de PQRS de SIAPINC4 se encuentra operando, las dependencias a las que se asigna la PQRS no responde por este mismo medio, por el contrario lo realiza de manera física mediante oficio

Evidencia 2. De acuerdo con el informe de seguimiento mensual y trimestral elaborado por la Coordinación de Gestión a Usuarios, las PQRS recibidas por el SIAPINC4 son bajas y en algunos periodos no se recibe queja alguna

A continuación se presenta recepción de requerimientos correspondiente al III trimestre de 2017, donde se evidencia que tan solo el 1% de los mismos se recibieron por SIAPINC4



Es de anotar que en el IV trimestre de 2017 no se recibió ningún requerimiento por el módulo de PQRS

Evidencia 3. Esta auditoría realizó prueba de radicación de PQRS anónima en SIAPINC4, en el momento que se trató de continuar el procedimiento de trámite y cierre por parte de la Coordinadora de Gestión a Usuarios, se observó que el módulo de PQRS no permite registrar CAUSA y MOTIVO DE CIERRE, por el contrario esta fue cerrada y eliminada automáticamente de la opción tareas en el usuario de la Coordinadora de Gestión a Usuarios

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 4 de 10	

Hallazgo 2. (Se mantiene) La página web del INC no dispone de un enlace de fácil acceso a los ciudadanos, para la recepción de Peticiones, Quejas, Sugerencias, Reclamos y Denuncias

Evidencia 2: Al ingresar a la página web del INC, link PQR, aparece la opción de usuario y contraseña, la cual no es clara para el usuario por cuanto no se evidencia instructivo que le indique qué debe hacer si es la primera vez que va a registrar una queja, ni los pasos para realizar el registro

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 5 de 10	

Evidencia 3: Al dar Clic en la opción registro anónimo se abre formulario para reporte de la queja anónima el cual contempla una serie de campos para ser diligenciados por el usuario, sin que se precise cuáles campos son obligatorios para el registro de la queja

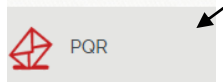
Además, algunos campos no son claros: “tipo de solicitante, tipo de solicitud”, “medio de respuesta”

De igual manera, siendo un registro anónimo, el formulario no debería mostrar los campos de información personal (información del solicitante)



Evidencia 4: La página web del Instituto no dispone de información clara que indique los medios de recepción y trámite de PQRS; no se evidencia dicha información en ninguno de los espacios destinados al usuario y ciudadanía en general:

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 6 de 10	



- >> [REGISTRO WEB](#)
- >> [REGISTRO ANÓNIMO](#)

Hallazgo 3. Se da trámite a las peticiones que lleguen por medios electrónicos

Evidencia 2: La Oficina de Comunicación no dispone de un registro de control de cuántas solicitudes recibe, cuántas envía a la Coordinación de Gestión a Usuarios, cuándo recibidas con respuesta, es decir no se evidencia control de las solicitudes recepcionadas por redes sociales

Al respecto, la Oficina de Control Interno evidenció que la persona encargada del seguimiento a redes sociales del instituto no dispone de control sobre las solicitudes recibidas y tiempos de respuesta, dichas solicitudes son reenviadas por medio de correo electrónico a la Oficina de Gestión a Usuarios, quien recibe, radica y gestiona trámite de acuerdo con el Procedimiento establecido. Una vez se obtiene la respuesta es remitida a la Oficina de Comunicación para ser enviada al solicitante por medio de redes sociales; la Oficina de Comunicaciones envía a la Coordinación de Gestión a Usuarios pantallazo que evidencia la respuesta al usuario

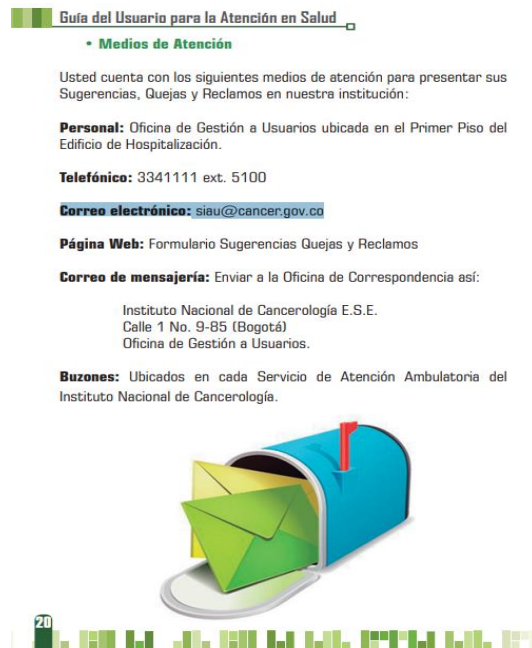
Evidencia 3 No se tiene Procedimiento documentado de cómo debe ser el manejo de las PQRS que se reciben por las redes sociales

Al verificar el Procedimiento de Comunicación Institucional GSI-P08 y sus respectivas descripciones de actividad, no se identifica la gestión y control para las PQRS recibidas por redes sociales

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSI-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 7 de 10

Evidencia 4 No se encuentra actualizada la documentación donde se informa a la ciudadanía, pacientes y familiares sobre el actual correo electrónico pqrs@cancer.gov.co, como medio de acceso para interponer y/o presentar requerimientos ante el Instituto

De otra parte, se revisó la Guía del Usuario para la Atención en Salud, página 20 “Medios de Atención” observándose que el usuario puede presentar su PQRS por correo electrónico: siau@cancer.gov.co, hecho que en la práctica no sucede



Hallazgo 4. (Cerrado) La entidad identifica las necesidades, expectativas e intereses del ciudadano para gestionar la atención adecuada y oportuna

Evidencia 1 La Oficina de Control Interno evidenció cumplimiento de la descripción: “GSI-P03-D-01 de la actividad para identificar y evaluar las necesidades y expectativas de los cliente, mediante la contratación con una firma Consultora para recibir percepciones o insumos de los diferentes grupos de interés, con el fin de conocer la buena gestión, así como los aciertos y desaciertos del Instituto, con miras a estructurar el Plan de Desarrollo Institucional año 2019-2022

Es de anotar que la sesión se llevó a cabo con la participación de pacientes y grupo de usuarios donde se abarcaron los siguientes aspectos: Empresa, Servicios Médicos, Prevención, Control, Investigación y Docencia

Hallazgo 5. Determinar la metodología para medir la satisfacción de los clientes: Determinando la metodología para medir la satisfacción de los clientes, teniendo en cuenta criterios estadísticos o censales según la cantidad de individuos en cada tipo de cliente a estudiar

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
		Página 8 de 10	

Evidencia 2: A la fecha algunos servicios no reportan las encuestas o no cumplen con la muestra estipulada; de las 32 áreas definidas cada una debe entregar una muestra de 20 encuestas, esta auditoría evidencia que de los 32 servicios en promedio están recibiendo encuestas de satisfacción de 15 servicios que equivale a un total promedio de (367) encuestas mensuales que representan un 20% de la muestra total de (1835) encuestas que se deben recibir mensuales. En la siguiente tabla se evidencia lo descrito:

Total Servicios		Total Servicios		Total Servicios		Total Servicios		Total Servicios	
JULIO	Nro. Encuestas	AGOSTO	Nro. Encuestas	SEPTIEMBRE	Nro. Encuestas	OCTUBRE	Nro. Encuestas	NOVIEMBRE	Nro. Encuestas
Salas cirugía	20	Salas cirugía	20	Laboratorio Clínico	18	Laboratorio Clínico	46	Laboratorio Clínico	39
Medicina Nuclear	35	Medicina Nuclear	25	Medicina Nuclear	25	Medicina Nuclear	20	Medicina Nuclear	25
Banco de Sangre	11	Quimioterapia	23	Banco de Sangre	43	Cuidado Intensivo	25	Cuidado Intensivo	28
Laboratorio Clínico	31	Laboratorio Clínico	39	Quimioterapia	39	Banco de Sangre	18	Quimioterapia	45
Neuro Oncología	19	Oncología Clínica	26	Salas de Cirugía	20	Quimioterapia	36	Salas de Cirugía	21
Cabeza y Cuello	40	Pediatría	21	Hemato Oncología	49	Salas de Cirugía	20	Cabeza y Cuello	20
Ortopedia	41	Ortopedia	32	Cabeza y Cuello	21	Cabeza y Cuello	20	Tamo	11
Gastroenterología	14	Gastroenterología	16	Ortopedia	29	Ortopedia	32	Urología	4
Salud Mental	30	Salud Mental	21	Gastroenterología	17	Gastroenterología	20	Gastroenterología	21
Oncología Radioterapéutica	21	Cuidado Paliativo	17	Salud Mental	33	Salud Mental	20	Salud Mental	20
GAICA	28	Oncología Radioterapéutica	20	Oncología Radioterapéutica	28	Nutrición y Soporte metabólico	23	Nutrición y Soporte metabólico	11
IMÁGENES	21	GAICA	20	GAICA	24	Cuidado Paliativo	18	Cuidado Paliativo	22
HOSPITALARIO	0	IMÁGENES	20	IMÁGENES	13	Oncología Radioterapéutica	14	Oncología Radioterapéutica	24
		HOSPITALARIO	20	HOSPITALARIO	47	GAICA	23	GAICA	23
						IMÁGENES	16	IMÁGENES	21
						Hospitalización	32	Hospitalización	28
						Infectología	20	Infectología	8
						Medicina Interna	12		
						TAMO	12		
12 Servicios	311	14 Servicios	320	14 Servicios	406	19 Servicios	427	17 Servicios	371
Total encuestas:					1835				
Porcentaje	17%		17%		22%		23%		20%


Es importante documentar la metodología a utilizar para la medición de la satisfacción de los usuarios, que contenga la ficha técnica de la encuesta e incluya: justificación, objetivo, métodos e instrumentos de recolección de información. Así mismo, cumplir con la muestra establecida con el fin de obtener resultado que evidencie realmente la satisfacción del usuario

Evidencia 3: No hay coherencia en el informe de satisfacción de usuario con el de quejas puesto que el de satisfacción muestra resultados por encima de 94%, en tanto que el informe de quejas refleja que la mayoría de los pacientes se quejan por trato y amabilidad

EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE QUEJAS Y PETICIONES RECIBIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA SEGUNDO SEMESTRE DE 2017

Hallazgo 1. La Oficina de Control Interno no evidenció Plan de Mejora documentado que permita tratar y reducir las quejas recurrentes presentadas al Instituto

Evidencia 1. En los Informes mensual y trimestral de seguimiento a requerimientos del año 2017, realizado por la Coordinación de Gestión a Usuarios, se observa que las quejas correspondientes a "Trato y Amabilidad" y "Demora en la Atención" persisten como principales causas. Así mismo, en las Actas de Comité de Calidad del segundo semestre de 2017 se observa análisis y propuestas para mejorar tanto en las Presentaciones

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 9 de 10

de Seguimiento a PQRS como en las posibles causas de las quejas recurrentes. Sin embargo, no se evidencia Plan de Mejora documentado al respecto

Evidencia 2. La Oficina de Control Interno verificó la Descripción de Actividad para la Atención de Quejas, Sugerencias, Agradecimiento, Peticiones, Solicitud de Información y Denuncias de Actos de Corrupción GAC-P01-D03, tarea número 11 “*presentar el diagnóstico*” Nota “*Las decisiones tomadas en el Comité se registran en el acta institucional, en donde se enunciarán las acciones tendientes a determinar las causas y establecer la mejora o acción correctiva*”, evidenciándose que el Instituto no establece la mejora o acción correctiva frente al análisis causal ni Plan de Mejora documentado para tratar las causas de las quejas presentadas ante el Instituto


CONCLUSIONES

Seguimiento I Semestre de 2017

De los 5 hallazgos informados por la Oficina de Control Interno en julio de 2017, correspondientes al Seguimiento Segundo semestre 2016 y Primer semestre 2017, 4 fueron subsanados parcialmente y 1 cerrado, lo cual representa 52% de gestión y cierre, tal como se detalla en la tabla: “**SEGUIMIENTO HALLAZGOS AUDITORÍA GESTIÓN PQRS INC I SEMESTRE DE 2016 Y I SEMESTRE DE 2017**” del presente informe

Seguimiento II Semestre de 2017

1. La Oficina de Control Interno no evidenció Plan de Mejora documentado que permita tratar y reducir las quejas recurrentes presentadas al Instituto
2. La Oficina de Control Interno evidenció que no se encuentra actualizada la documentación (Guía de Atención al Usuario) donde se informa a la ciudadanía, pacientes y familiares sobre el actual correo electrónico pqrs@cancer.gov.co como medio de acceso para interponer y/o presentar requerimientos ante el Instituto
3. La Oficina de Control Interno observó en su labor de seguimiento que los siguientes hallazgos se mantienen, los cuales fueron consignados en el Informe Seguimiento PQRS I Semestre 2017, así:
 - 3.1. No está documentado el Procedimiento de Atención de Quejas por Redes Sociales
 - 3.2. No se controla el número de quejas recibidas por redes sociales y fecha de respuesta por parte de la Oficina de Comunicaciones
 - 3.3. Uso parcial del módulo PQRS de SIAPINC 4 para solicitud y trámite de los requerimientos
 - 3.4. La página web del Instituto no dispone de información clara y que indique los medios de recepción y trámite de PQRS

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSJ-P10-F-12
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	01
	INFORME DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	VIGENCIA:	31-12-2016
			Página 10 de 10

3.5. No es coherente el Informe de Satisfacción de Usuarios con el de PQRS dado que el de Satisfacción muestra un resultado por encima del 94%, en tanto que el de PQRS indica que la mayoría de los pacientes se quejan por trato y amabilidad

RECOMENDACIONES

1. Realizar cierre de los 4 hallazgos que aún persisten de la Auditoría realizada por la Oficina de Control Interno en Primer Semestre de 2017
2. Documentar acciones de mejora y tareas asignadas en Comité de Calidad, en relación con el análisis causal de la recurrencia de las quejas presentadas por los usuarios ante el Instituto
3. La Oficina de Control Interno reitera las siguientes recomendaciones consignadas en el Informe Seguimiento PQRS I Semestre 2017, así:

3.1. Organizar en coordinación con la Oficina de Comunicaciones el manejo de las Quejas recibidas mediante Redes Sociales

3.2. Tener presente las sugerencias que realizan los pacientes y usuarios para la mejora continua

3.3. Organizar en coordinación con la Oficina de Gestión a Usuarios el manejo de las PQRS en la página institucional, mediante el link de Servicio al Ciudadano, con el propósito de facilitar a los pacientes y usuarios la información y videos respectivos

4. Sensibilizar y capacitar a los Servidores del Instituto sobre el Módulo de PQRS de SIAPINC 4, con el fin de incentivar el uso de la herramienta para el Procedimiento de Gestión de PQRS

Elaborado por


Germán Andrés Salamanca Cárdenas
Profesional Universitario
Oficina Control Interno

Aprobado por


Buenaventura Orduy Burgos
Jefe
Oficina Control Interno