

26/10/21

Señores Hospital ARAUCA.

PQRS-325

Queja por Falta de Sistema.

Me encuentro hospitalizado y retenido en.
Contra de mi voluntad por el Simple hecho.
de NO haber Sistema, le toco en familia
Jorge Rodriguez 98205477 viajar hasta
la Ciudad de TAMAY y luego Ciudad de
ARAUCA para poderse encontrar conmigo
esto Acarreo gastos de viáticos por la Suma
de 300.000 pesos y para Sumar lleva el
Sistema Cuido desde el día Anterior desde
el Medio Día. donde me es imposible
recibir mi boleto de Salida para continuar
mi Camino.

Aff: Johan Manuel Peral Carrillo.
91537543, B/gu

Correo: Johanmanuelpr2@gmail.com.

cel: 3213075507

hospitalización
Falta de sistema?



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO: GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO
SUBPROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: GDE-GC-FR-006

VERSIÓN: 02

CONSTANCIA DE REUNIÓN Y/O INTERVENCIÓN

FECHA: 07/03//2019

FECHA: dd mm aaaa
02 11 2021

Hora Inicio Hora Finalización
4pm

Lugar de Reunión:

Dirección

Quien lidera la actividad: Yorkin James Moreno

Cargo: Lider 610

PROCESOS Y PERSONAL PARTICIPANTE

PROCESO(S) PARTICIPANTE(S)

PERSONAL PARTICIPANTE

☐ Líder (es) ☐ Profesionales del (los) Proceso(s) ☐ Personal Técnico/Tecnólogo ☐ Personal Auxiliar o de apoyo

OBJETIVOS

Socializar y dar respuesta al PQR No 325 interpuesto por John Manuel Perez Cernillo

RELACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Se socializa la PQR con el líder de sistema el Jefe Jaime Vazquez quien afirma que el sistema no ha presentado fallas tan importantes de más de un día como refiere el usuario, la institución como plan de contingencia cuenta con dos redes de internet en caso tal que alguna falle. Al verificar la historia clínica del usuario se evidencia que es un usuario remitido de Tame para valoración por psiquiatría con diagnósticos de Esquizofrenia paranoide, ansiedad por lo tanto podemos presumir que lo refirió por el usuario no tiene que ver con la realidad y que se debe a su estado mental.

RELACIÓN DE COMPROMISOS Y/O TAREAS PENDIENTES

Fecha acordada para próxima reunión

No Aplica ☐

Observaciones

Se tomó y anexa lista de asistencia

SI NO

En constancia de lo anterior firman:

FIRMA:
NOMBRE: Subd. Admin.
CARGO: Subd. Admin.
PROCESO:

FIRMA:
NOMBRE: Jefe de Oficina
CARGO: Jefe de Oficina
PROCESO: H.S.V.A.

FIRMA:
NOMBRE: Subd. Admin.
CARGO: Subd. Admin.
PROCESO:

FIRMA:
NOMBRE: Subd. Admin.
CARGO: Subd. Admin.
PROCESO:

FIRMA:
NOMBRE: Jefe de Oficina
CARGO: Jefe de Oficina
PROCESO: H.S.V.A.

FIRMA:
NOMBRE: Subd. Admin.
CARGO: Subd. Admin.
PROCESO:

COPIA CONTROLADA