
	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE</b> <b>NIT. 800037021-7</b> <small>FORMATO DE OFICIO</small>	<b>HDG-GC-F5</b>	
		<b>Versión 3</b>	

**MESA DE TRABAJO QUE PERMITA CONOCER LOS TRÁMITES PRESTADOS  
EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA –  
SUIT**

A continuación se presenta a las Asociaciones y alianzas en salud los trámites prestados en el Hospital Departamental de Granada que se encuentran registrados en el SUIT (Sistema Única de Información de Tramites) que permiten la información y atención a la necesidad de los ciudadanos. Durante el periodo comprendido entre el 1° de Julio al 31 de Diciembre del 2024, con el fin de verificar que la información relacionada se encuentre actualizada de acuerdo a lo establecido en los procedimientos de nuestra institución.

Desde la oficina de atención al usuario se realiza actividades educativas y de sensibilización en las salas de espera, en la que se les informa al usuario y su familia los canales de información que cuenta el Hospital Departamental de Granada, así mismo se les recuerda el uso de la herramienta web que permite acceder a la información de los trámites y procedimientos administrativos del Estado colombiano.

De igual forma este proceso permite realizar seguimiento a las Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, PQRSF que se entiende como una herramienta gerencial para el control y mejoramiento continuo, ya que permite visualizar e informarse de lo que sucede, cuáles son las inquietudes, inconformidades y necesidades de los usuarios de los diferentes servicios que se relacionen con el cumplimiento de los objetivos misionales del Hospital Departamental de Granada ESE.

Dicho proceso cuenta con diferentes medios de ingreso de las PQRSF como lo son: buzones de sugerencia, permiten recepcionar las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones los cuales se encuentran dispuestos en las diferentes unidades funcionales de la institución, esto para el uso del público en general, proceso el cual es vigilado y revisado los martes y viernes de cada semana a las 09:00 a.m. por la oficina de atención al usuario, subgerente de atención al usuario y un revisor de control interno, adicionalmente contamos con la página web: [www.hospitalgranada.gov.co](http://www.hospitalgranada.gov.co) y Correspondencia, esto con el fin de que la comunidad pueda presentar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de manera electrónica y oportuna. Con ello la institución busca que los usuarios puedan poner sus PQRSF desde el lugar donde se encuentren y no solo en las instalaciones del Hospital Departamental de Granada, por ultimo

	<b>" UN HOSPITAL SEGURO Y HUMANO PARA TODOS "</b> CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6587800 LINEA GRATUITA : 018000965050 <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co">gerencia@hospitalgranada.gov.co</a>	
---	---	---



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE</b> <b>NIT. 800037021-7</b> <small>FORMATO DE OFICIO</small>	<b>HDG-GC-F5</b>	
		<b>Versión 3</b>	

tenemos la oficina la cual recepción las PQRSF buscando darle una solución inmediata, y con ello garantizar oportunidad en el servicio, recordándoles que los usuarios son el pilar de nuestra institución.

A continuación se presentara la información que se encuentra pública en el SUIT que se encuentra en proceso de registro y aprobación por parte del Hospital Departamental de Granada.



TRAMITE	DESCRIPCIÓN	ACTUALIZADA	REQUIERE SER REVISADA
<b>Atención inicial de urgencia</b>	Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa, con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona.	X	
<b>Terapia</b>	Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendiente describir el proceso de agendamiento de terapias cuando es por SOAT.</li> <li>- Describir las líneas de atención para la solicitud de terapias.</li> <li>- Anexar el número de cancelación de citas 3208215516</li> </ul>
<b>Certificado de paz y salvo</b>	Obtener la certificación donde se manifiesta que el deudor se encuentra a paz y salvo con la entidad.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer los 2 medios de reunir documentos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recibo de pago cuando se realiza el pago en el momento</li> <li>2. Solicitud por Oficio cuando no se conoce el valor y la fecha de la deuda.</li> </ol> </li> <li>- Medios de comunicación:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. anexar el correo <a href="mailto:apoyocartera@hospitalgranada.gov.co">apoyocartera@hospitalgranada.gov.co</a></li> <li>2. línea telefónica fija:</li> </ol> </li> </ul>

	<p align="center"><b>" UN HOSPITAL SEGURO Y HUMANO PARA TODOS "</b></p> <p align="center">CALLE 15 CARRERA 2 Y 4          TELEFONO 6587800          LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co">gerencia@hospitalgranada.gov.co</a></p>	
---	--	---

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE</b> <b>NIT. 800037021-7</b> <small>FORMATO DE OFICIO</small>	<b>HDG-GC-F5</b>	
		<b>Versión 3</b>	

			6587800 ext.: 111. 3. Línea WhatsApp 3202717969
<b>Radiología e imágenes diagnósticas</b>	Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía.		Establecer los requisitos cuando es por Soat. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anexar los canales de gendamiento (línea telefónica, línea WhatsApp y correo electrónico)</li> <li>- Anexar el número de cancelación de citas 3208215516</li> </ul>
<b>Asignación de cita para la prestación de servicios en salud</b>	Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar los medios de solicitud del agendamiento (línea telefónica, línea WhatsApp y correo electrónico)</li> <li>- Establecer los requisitos cuando el agendamiento es por Soat.</li> <li>- Describir los requisitos de la documentación que debe traer el usuario a la hora de facturar (Soat).</li> <li>- Describir la hora que debe llegar antes de la hora agenda da</li> </ul>
<b>Historia clínica</b>	Obtener la historia clínica en la que se registra cronológicamente: 1. Las condiciones de salud del paciente o familia. 2. Los actos médicos (consejos a pacientes para mejoría de salud, diagnósticos y tratamiento de enfermedades). 3. Demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.	x	
<b>Examen de laboratorio clínico</b>	Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad, para procesamiento y posterior valoración médica.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir los requisitos de la documentación que debe traer el usuario a la hora de facturar (Soat).</li> <li>- Describir los</li> </ul>

	<b>" UN HOSPITAL SEGURO Y HUMANO PARA TODOS "</b> CALLE 15 CARRERA 2 Y 4 TELEFONO 6587800 LINEA GRATUITA : 018000965050 <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co">gerencia@hospitalgranada.gov.co</a>	
---	---	---

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE</b> <b>NIT. 800037021-7</b> <small>FORMATO DE OFICIO</small>	<b>HDG-GC-F5</b>	
		<b>Versión 3</b>	

			horarios de la toma de laboratorios
<b>Certificado de defunción por muerte natural</b>	Obtener la certificación que da constancia del fallecimiento de una persona.	x	
<b>Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos</b>	Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo a la prescripción médica.		- Describir los requisitos de la documentación que debe traer el usuario a la hora de reclamar medicamento por (Soat).

De acuerdo a la visita y revisión se logro identificar algunas observaciones que requieren de ser revisadas y actualizadas por el gestor del servicio de acuerdo al procedimiento y funcionamiento de cada uno de ellas de las cuales se describieron en la casilla como anteriormente se evidencia en la tabla, de esta manera se le notificó a cada uno de los Gestores de las unidades funcionales de acuerdo a la actividad para ser revisada y actualizada para la vigencia del 2025.

De esta manera se logra un trabajo en conjunto desde la oficina e atención al usuario y sus participantes con el fin de fortalecer el control social con cada uno de los integrantes esto con el fin de mantener informado al usuario y su familia de los proceso que tiene el Hospital Departamental de Granada así permita brindar una atención de calidad y satisfacción en el usuario y su familia

*Katherine Ruiz B*

**Katherine Ruiz Betancourth**  
 Gestora del proceso de Atención al Usuario  
 Hospital Departamental de Granada E.S.E.

	<p align="center"> <b>" UN HOSPITAL SEGURO Y HUMANO PARA TODOS "</b>            CALLE 15 CARRERA 2 Y 4            TELÉFONO 6587800            LINEA GRATUITA : 018000965050  <a href="http://www.hospitalgranada.gov.co">www.hospitalgranada.gov.co</a> E-mail: <a href="mailto:gerencia@hospitalgranada.gov.co">gerencia@hospitalgranada.gov.co</a> </p>	
---	---	---



FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

HDG-GC-F2

VERSIÓN 3

8

TEMA ACTIVIDAD		Control Social Mecanismos de PRSS				OBJETIVO		Garantizar la participación de PRSS.																				
FECHA:		08-Agosto-2024				LUGAR		Auditorio de HDG																				
NO.	FECHA	NOMBRES APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO / CELULAR	GÉNERO										EDAD	CARACTERIZACIÓN										PERFIL Y/O CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
					M	L	J	G	B	T	O	ADLM	MUJC	VIC		P. Ext.	AFR	IND	FISI	Visu	Audi	Cogn	Asoc	Ment				
1	8/Ago 2024	Juan Gabriel Quimbazo MORA	1120378242	3102574915	X																				Trabajador Social	mo.pmg823@gmail.com		
2	8/Ago	Edid Galaru	40446064	3219194295	X																				Atencion al Usuario		Edid Galaru	
3	08-8 2024	Nancy Patricia Chaparro Suarez	21202917	3124483095	X																				Atencion al Usuario		Nancy Chaparro	
4	8-8-2024	Pedro Pablo Tabares Barranto	3272093	3214021290	X																				R/L Asistente de Usuario	kensalud@gmail.com		
5	08-8 2024	Jenny Walker	80513057	3107601385	X																							
6	08-8 2024	Alvaro Cantano Morales	17302272	3202415381	X																				Presidente Finanzas	alvarocps@gmail.com		
7	08-8 2024	KAREN MEDINA	40206049	321485945	X																				ASOSUAVO		Karen Medina	
8	8-8 2024	Johana Sanchez	1120352503	32097619	X																				ASOSUAVO		Johana Sanchez	
9	8-08 24	Johan Ediles Sanchez M.	82383168	2126726306	X																				Atencion al Usuario	jsanchez@hdm.com		
10	8/8 24	Marta Montcallegre	40361794	3118719495	X																				Alianza AMEN	martamontcallegre@hotmail.com	Marta M	
11	8/8	Nubizbeth	40355170	310239666	X																				Secretaria Alianza AMEN		Nubizbeth	

GÉNERO: M: Masculino, F: Femenino, L: Lesbiana, G: Gay, B: Bisexual, T: Transgénero/a, O: Otro, O: Otro  
 CARACTERIZACIÓN: MUJC: Mujer Cabeza de Familia, ADLM: Adulto Mayor, VIC: Víctima P. Ext.: Pobreza Extrema, IND: Indígena, DISC: Discapacidad (Físico - Visual - Auditivo - Cognitiva - Asociada - Mental)



FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

HDG-GC-F2

VERSIÓN 3



TEMA ACTIVIDAD

Control Social Mecanismos de PPSS

OBJETIVO

Garantizar la Participación de PPSS.

FECHA:

08 - Agosto - 2024

LUGAR

Auditorio del HDS.

NO.	FECHA	NOMBRES APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO / CELULAR	GÉNERO					EDAD	CARACTERIZACIÓN											PERFIL Y/O CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA		
					M	F	J	G	B		T	O	ADL M	MUJ C	VIC	P. EXT.	AFR	IND	DISC							
																			Fisi	Visu	Audi				Cogn	Asoc
1	8/08/2024	Yudi Rodriguez Osoria	40449312	321277 03 46																				Asociad. Der al usuario		
2	8/08/2024	Marilyn Landa G.	3387235	26621800																				Abusada		
3	8 Agosto 2024	Franco Sanchez Guerrero	40805119	302336 9167																				Rep Enf. Raras. Alianza Aman Aman		
4	08/08/24	Noly Johanna Berbet Hurtado	J20355194	320384 5036																				Gran Alianza Aman Aman	visaw1970@gmail.com	
5	8 Agosto 2024	Juan Sebastian Aguilera Benitez	1120353762	322 288201																				Gran Alianza Aman Aman	juansaguilera@gmail.com	
6	08/08/24	Beatriz Hernandez	3004877	310264 9394																				Asociad. usuarios HDS	beatrizhds@gmail.com	
7	08/08/24	Katherine Ruiz Belancourh	1.120.244 430	323 231 7160																				Trabajo Social	kg@hds.org	
8	08/08/24	Catere Costa Mancilla	1120 354162	3133490573																				Alejandra Juade	catycalmon@hotmail.com	
9																										
10																										
11																										

GÉNERO: M: Masculino - F: Femenino - T: Trans - O: Otro - B: Bisexual - T: Transgénero - I: Intersexual - O: Otro  
 CARACTERIZACIÓN: MUJ C: Mujer Cabeza de Familia - ADL M: Adulto Mayor - VIC: Víctima P. Ext. - Pobreza Extrema - IND: Indígena - DISC: Discapacitado (Físico - Visual - Auditivo - Cognitiva - Asociada - Mental)