

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

MEMORANDO INFORMATIVO

Bogotá 24 de marzo del 2023

Apreciados
Equipo terapéutico del área domiciliaria

Cordial saludo

Mediante el siguiente comunicado la gerencia y auditoría de terapias CTJ se permite solicitar muy amablemente su colaboración para el cumplimiento de los siguientes temas:

1. Para contingencia se reciben cuentas de cobro a través del proceso de auditoria como es de costumbre únicamente entre el día 28 hábil del mes y hasta el primer día hábil del mes siguiente. Previa programación de horarios.
2. Para ruta se reciben cuentas de cobro a través del proceso de auditoria como es de costumbre únicamente los dos últimos días hábiles de cada mes. Previa programación de horarios.
3. Para zona se reciben cuentas de cobro a través del proceso de auditoria como es de costumbre únicamente los 5 primeros días hábiles de cada mes. Previa programación de horarios.

Cabe aclarar que los Horario de atención se publicaran una semana antes del proceso de auditoria en los respectivos grupos de WhatsApp, no se guardan espacios y la comunicación se realizara directamente con la auditora del proceso del área domiciliaria KATHERINE HORTA.

Requisitos para la legalización

1. Presentar la documentación solicitada TOTALMENTE diligenciada (firmas, sin espacios en blanco, legible, sin tachones sin enmendaduras, en perfecto estado)

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

2. Tener evoluciones al día, según las fechas de atención de cada paciente NO del día anterior a la legalización. En adelante NO se admitirán evoluciones por fuera del día de la atención y debidamente evolucionado según la especialidad. Tener en cuenta lo descrito en la normatividad de diligenciamiento de historia clínica ley resolución 1995.
3. Las agendas deben subirse semanalmente, así como las novedades dentro de la misma semana, por fuera de este requisito NO se recibirán novedades NO se harán cambios.
4. Si se solicitan informes de terapias el mismo profesional encargado de la atención es quien realiza el informe en el formato establecido y debe ser entregado en las fechas solicitadas.

Se resalta que el No cumplimiento de estos requisitos implica la NO legalización del número total de sesiones realizadas.

Esta comunicación se entrega con previo aviso de anterioridad de un mes, es decir para la legalización desde abril del 2023 se exigirá el estricto cumplimiento de las indicaciones aquí dispuestas.

Agradecemos la atención y comprensión que se sirva prestar a este memorando informativo.

Cordialmente

Lina M. Jiménez López
Representante Legal

Seguiremos mejorando con miras a fortalecer el servicio con oportunidad y calidad.

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

Proyectado por Anyela Rodríguez
Auditor de calidad.

Proyectado por Catherine Horta
Auditor de servicio domiciliario.

MEMORANDO INFORMATIVO

Bogotá 8 de mayo del 2023

Apreciados

Equipo domiciliario
Atención al usuario, radicación y call center

Agradezco la humanización que se debe prestar por los canales de comunicación que se tengan en la IPS, presencial o call center.

Cuando no hay OPORTUNIDAD en el agendamiento de citas NO decir (... “no hay terapeutas, estamos en contratación, ponga la queja...”)
tratemos de ser un poco más asertivos y más empáticos con los usuarios. No desconozco las dificultades del servicio, pero esa nos son frases que sean del interés del paciente y tampoco ayudan a la dinámica institucional, ni a su rehabilitación que es lo más IMPORTANTE.

De acuerdo al programa de humanización se establecen pautas como las siguientes:

Recuerde que al paciente o usuario le gusta que:

- El trato sea amable y respetuoso
- Le demos importancia
- Lo tengamos en cuenta
- Comprendamos su situación
- Lo atendamos con calidez y agilidad

Procure no decir:

- “No sé”. Diga más bien “Un momento, por favor. Voy a averiguarlo”
- “No”. Diga “Lo que puedo hacer es...”
- “Ése no es mi trabajo”. Diga “Quien le puede ayudar o colaborar es...”
- “Yo no tengo la culpa”. Diga “Veamos qué se puede hacer al respecto”
- “Cálmese”. Diga “Lo siento”
- “Ahora estoy ocupado”. Diga “Permítame un momento, por favor. Ya lo atiendo”
- “Llámemme luego”. Diga “Yo lo llamo más tarde”.

Las quejas presentadas si, son por la falta de oportunidad que ha venido ocurriendo en el servicio y si en ello se está trabajando, pero adicional a ello el paciente lamenta mas la falta de empatía en la atención y refiere en las quejas la deshumanización y mal trato que les hemos hecho sentir sumado a la falta de oportunidad, hago un llamado urgente a su conciencia y forma de trato, espero no solo se quede en un folleto o en una socialización de humanización el buen trato al paciente, hay que hacer una realidad la calidad y calidez con que se preste el servicio.

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

Lina M. Jiménez López

Representante Legal

Seguiremos mejorando con miras a fortalecer el servicio con oportunidad y calidad.

Proyectado por Anyela Rodríguez

Auditor de calidad.

MEMORANDO INFORMATIVO

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

MEMORANDO INFORMATIVO

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

	FORMATO DE MEMORANDO INFORMATIVO	VERSIÓN	01
		FECHA	2-2-2023
		CODIGO	009-CTJD-DV-FO-MI

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

Acepto las observaciones

Firma

Nombre: _____

Numero de documento de identidad: _____

CONFIDENCIAL