



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 1 de 58

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos y procedimientos de gestión, conforman la estructura del Sistema Integral de Garantía de la Calidad; por lo cual, deben ser plasmados en manuales prácticos que sirvan como mecanismo de consulta permanente, por parte de todos los trabajadores de la ESE, permitiéndoles un mayor desarrollo en la búsqueda del Autocontrol.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha preparado el presente Manual de Procesos y Procedimientos, en el cual se define la gestión sistemática que agrupa las principales actividades y tareas dentro de la ESE Hospital del Sur "GJP", teniendo como propósito fundamental servir de soporte para el desarrollo de las acciones, que en forma cotidiana la entidad debe realizar, a fin de cumplir con cada competencia particular asignadas por mando constitucional o legal, con la misión fijada y lograr la visión trazada.

El manual se basa en un modelo de operación por procesos que responde a la estructura de un Sistema integral de gestión de la calidad, regulado por las normas: NTCGP 1000:2004, MECI 1000:2005 y SOGC Decreto 1011 de 2006; lo que permite administrar la entidad definiendo las actividades que agregan valor a su producto, trabajando en equipo y disponiendo de los recursos necesarios para su realización.

Un modelo de operación por procesos favorece el cumplimiento de los principios de **responsabilidad**, al definir los macro procesos y procesos de acuerdo con los preceptos constitucionales y legales, la misión y visión de la entidad; de **economía**, al identificar con precisión los insumos para cada proceso con las condiciones de calidad y cantidad requeridas; de **eficiencia**, al evitar duplicidad de funciones; y de **eficacia**, al definir la cadena de valor o mapa de procesos de manera coherente y armónica con los planes y programas de la Institución.

Para la ESE, este manual constituye un soporte fundamental para la consolidación de su Sistema Integral De Garantía De La Calidad y orienta a la institución a la mejora continua en la prestación de los servicios y por consiguiente, redundando en la satisfacción de las partes interesadas

"Para la elaboración de este manual, se trabajó de acuerdo a la metodología y marco conceptual definido por la función pública MECI: 1000:2005, y se contó con el apoyo de todos los funcionarios de la entidad, quienes trabajaron de forma activa en su construcción".

Es importante señalar que los manuales de procedimientos son la base del sistema de calidad y del mejoramiento continuo de la eficiencia y la eficacia, poniendo de manifiesto que no bastan las normas, sino, que además, es imprescindible el cambio de actitud en el conjunto de los trabajadores, en materia no solo, de hacer las cosas bien, sino dentro de las prácticas definidas en la organización.



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 2 de 58

El manual de procesos, es una herramienta que permite a la Organización, integrar una serie de acciones encaminadas a agilizar el trabajo de la administración, y mejorar la calidad del servicio, comprometiéndose con la búsqueda de alternativas que mejoren la satisfacción del cliente.

2. OBJETIVO

El presente Manual de Procesos tiene como objetivo principal fortalecer los mecanismos de sensibilización, que se despliegan y solidifican para brindar fortalecimiento a la cultura del Autocontrol y del mismo Sistema de Control Interno. Los Procesos que se dan a conocer, cuentan con la estructura, base conceptual y visión en conjunto, de las actividades misionales y de soporte de la ESE, con el fin de dotar a la misma Entidad, de una herramienta de trabajo que contribuya al cumplimiento eficaz y eficiente de la misión y metas esenciales, contempladas en el Plan Estratégico.

Así mismo, se busca que exista un documento completo y actualizado de consulta, que establezca un método estándar para ejecutar el trabajo de las dependencias, en razón de las necesidades que se deriven de la realización de las actividades misionales de la ESE.

Para que tenga validez y cumpla de la mejor manera con su objetivo, este Manual requiere de revisiones periódicas para su actualización, ya que el propósito a corto plazo, es enfocarlo como documento de calidad; sus modificaciones, deben ser sugeridas a la Oficina de Control Interno, para su análisis, presentación a la instancia correspondiente, aprobación e implementación.

3.1 OBJETIVO ESPECIFICOS DEL MANUAL

El modelo de operación por procedimientos cuenta con los siguientes objetivos:

- Estandarizar las funciones y formas de proceder de la entidad, para ser más efectivos en la consecución de los objetivos institucionales, de acuerdo con la unificación de los criterios internos y externos que garanticen el control de la entidad.
- Fortalecer los procesos de evaluación del sistema de control interno para generar las herramientas necesarias que permitan apoyar la toma de decisiones, garantizando el mejoramiento continuo y con ello el cumplimiento de sus objetivos organizacionales y sociales.
- Incrementar la eficiencia operacional a través de una interrelación de los diferentes agentes, buscando la eliminación de las actividades repetitivas y la integración de las tareas críticas de éxito.



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 3 de 58

- Motivar a la creación de un entorno ético alrededor de la función administrativa de la entidad pública.
- Desarrollar un Manual de Operación, a través del cual se definan métodos, procedimientos e instrumentos básicos que permitan, el “fortalecimiento de la transparencia y la rendición de cuentas de la entidad” y se desarrolle una filosofía gerencial fundamental en autocontrol, el apoyo a la administración pública, el uso adecuado y eficiente de los recursos de acuerdo con la administración de riesgos.

3. ALCANCE O APLICABILIDAD

El presente manual aplica para todos los procesos y procedimientos incluidos en el mapa de procesos de la ESE y para todas las sedes. En este sentido, el Manual de Procesos y Procedimientos está dirigido a todas las personas que bajo cualquier modalidad, se encuentren vinculadas a la institución y se constituye en un elemento de apoyo útil para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas, y para coadyuvar, conjuntamente con el Control Interno, en la consecución de las metas de desempeño y rentabilidad, asegurar la información y consolidar el cumplimiento normativo.

Este documento describe los procesos administrativos, y expone en una secuencia ordenada las principales operaciones o pasos que componen cada procedimiento, y la manera de realizarlo. Contiene además, diagramas de flujo, que expresan gráficamente la trayectoria de las distintas operaciones, e incluye las dependencias administrativas que intervienen, precisando sus responsabilidades y la participación de cada cual.

Sus contenidos aprobados, deben ser de cumplimiento obligatorio para todo el personal profesional, técnico o administrativo actuante. La inobservancia de lo establecido implicará responsabilidad personal y profesional.

4. MARCO CONCEPTUAL

Aplican las definiciones reguladas en la norma NTCGP 1000:2009

5. MARCO LEGAL

- **NTCGP 1000:200:** Regula el Sistema de Gestión de Calidad aplicable a todas las instituciones públicas de Colombia y establece como uno de los principios “El Enfoque por Procesos”



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 4 de 58

- **Ley 87 de 1993:** Regula el control interno para entidades públicas y lo establece como el sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo a las normas constitucionales y legales vigentes
- **Ley 489 de 1998:** En su capítulo VI, hace referencia al SISTEMA NACIONAL DE CONTROL INTERNO y en el artículo 27 establece “Creación, crease el Sistema Nacional de Control Interno, conformado por el conjunto de instituciones, instancias de participación, políticas, normas, procedimientos, recursos, planes, programas, proyectos, metodologías, sistemas de información y tecnología aplicable, inspirado en los principios constitucionales de la función administrativa cuyo sustento fundamental es el servidor público
- **Decreto 1599 de 2005: Establece** el Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano “MECI 1000:2005”, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener el Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados, conforme al artículo 5 de la Ley 87
- **Decreto 1011 de 2006:** Regula el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, que aplica para todas las entidades de salud de Colombia

6. METODOLOGÍA

6.1 Metodología Para La Elaboración Del Manual de Procesos y Procedimientos

La Implementación del Manual de procesos y procedimientos se realizó de acuerdo con las siguientes fases de trabajo:

- **Primera Fase: Sesiones de retroalimentación y revisión de los procesos y procedimientos de acuerdo a la normativa aplicable al SIGC**

El objeto de estas sesiones fue revisar los procesos y procedimientos que conforman el Sistema Integral De Garantía De La Calidad bajo la metodología AMEF y en el marco de la normativa aplicable. La revisión de las actividades y tareas se realizó con la participación de los



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 5 de 58

líderes y los equipos de trabajo que hacen parte de la operación de los procesos y se recogieron sugerencias y propuestas de ajuste para la mejora continua de los procesos.

Como resultados de estas sesiones, se realizaron modificaciones importantes, las cuales fueron incluidas en este Manual de Procesos y Procedimientos.

- **Segunda Fase: Ajustes y validación**

En esta fase, se analizaron las propuestas de modificación sugeridas por los trabajadores en las jornadas de retroalimentación, se realizaron y validaron los cambios pertinentes a los procedimientos, para su correspondiente implementación.

Como parte del mejoramiento continuo de los Procesos y Procedimientos, se estudiaron, analizaron y establecieron en conjunto, con las dependencias de la ESE, que intervienen en cada uno de ellos, los cambios de cada actividad o fase de trabajo desarrollada, lo cual permitirá, tanto a los responsables como a los usuarios, evaluar y controlar su ejecución, facilitando de esta forma, evaluar las responsabilidades, en su seguimiento, como tarea de la Oficina de Control Interno.

- **Tercera Fase: Jornadas de Socialización**

La Divulgación se realizó en reuniones de grupos de servicio, y en jornadas de inducción específica y re inducción

6.2 Plataforma Estratégica

La formulación estratégica de la ESE, se inicia con un análisis del contexto internacional, nacional y local analizando las variables de globalización, Tecnológico, Económicos, Políticos, Sociales y Geográficos y Demográficos, seguido de la elaboración de un análisis interno donde se tuvieron en cuenta factores como historicidad, cultura organizacional, pertenencia del personal, desarrollo de aprendizajes capacidad de aprender, creatividad, cultura de calidad, reactividad, complejidad, interdependencia, capacidad directiva, producción de servicios de salud (indicadores), cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, capacidad tecnológica, capacidad talento humano, capacidad competitiva, lealtad y satisfacción del usuario, capacidad financiera, factores de riesgo e infraestructura.

A partir del análisis estratégico la empresa define unas líneas de acción, las cuales se traducen en los objetivos estratégicos institucionales, que orientan los planes, programas y proyectos institucionales de la vigencia y guía las acciones de los procesos y el que hacer organizacional, garantizando que cada uno de los funcionarios a partir de su desempeño individual y grupal aporten al cumplimiento de las metas empresariales.

La plataforma estratégica de la ESE comprende:



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 6 de 58

a. Identificación de los requisitos de los clientes

Tipo de cliente	Requisitos
EAPB	<p>Con respecto a la atención de sus afiliados:</p> <ul style="list-style-type: none">• Buen trato• Pertinencia• Oportunidad• Seguridad• Calidad• Satisfacción <p>Con respecto a los servicios contratados.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumplir con las exigencias legales y éticas en el manejo de la historia clínica.• Oportunidad en la entrega de facturación• Reportar oportuno de novedades• Cumplir con las metas estipuladas en promoción y prevención.• Permitir las auditorias de segunda parte y realizar los planes de mejoramiento.
Usuarios de la E.S.E	<ul style="list-style-type: none">• Oportunidad.• Puntualidad• Buen trato• Pertinencia• Información adecuada y oportuna• Tramite oportuno de manifestaciones.• Seguridad• Comodidad• Privacidad• Priorización de usuarios especiales
Cliente interno	<ul style="list-style-type: none">• Buen trato• Puntualidad• Comunicación oportuna y adecuada entre las diferentes dependencias y con los usuarios• Responsabilidad de todos los colaboradores• Oportunidad y confiabilidad en la información• Diligenciamiento adecuado de registros



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 7 de 58

	<ul style="list-style-type: none">• Oportunidad en la entrega de nómina• Gestión de clima organizacional• Dotación de elementos de protección personal para el desempeño seguro de las actividades• Formación y entrenamiento• Políticas definidas• Eficacia en el plan de incentivos• Eficacia en el plan de bienestar social
Proveedores	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones de confianza y mutuo beneficio• Oportunidad en el pago• Retroalimentación de acciones de mejora• Transparencia en las negociaciones contractuales• Oportunidad de respuesta• Capacitación
Otras IPS	<ul style="list-style-type: none">• Alianzas estratégicas para continuidad de la atención de los pacientes• Compartir experiencias exitosas para aportar al mejoramiento del sector• Respuesta oportuna• Pertinencia• Comunicación asertiva• Cumplir con requisitos legales de referencia y contrarreferencia

b. Valores

- Sentido de Pertenencia.
- Respeto
- Amabilidad
- Honestidad
- Responsabilidad
- Solidaridad.

c. Principios



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 8 de 58

- Equidad
- Responsabilidad Social
- Trabajo En Equipo
- Mejoramiento Continuo E Innovación
- Atención Centrada En El Ser Humano

d. Misión

En nuestro Hospital promovemos la salud y prevenimos la enfermedad, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención, con un equipo humano comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y la atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

e. Visión

En el 2020 seremos un hospital de primer nivel de atención, reconocido en el Departamento de Antioquia por la innovación en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por la atención humanizada, segura y centrada en el usuario.

f. Objetivos estratégicos

- Brindar más y mejores servicios de salud innovadores, seguros y humanizados, haciendo énfasis en la promoción y prevención, mediante el desarrollo de programas y proyectos intra y extramurales que permitan mayor accesibilidad y cobertura de la población; logrando la satisfacción del usuario y su familia y el reconocimiento a nivel departamental
- Ubicar a la institución en un importante nivel de desarrollo, mediante un sistema de información que permita una adecuada toma de decisiones; con una gerencia ágil, dinámica y abierta a los retos y posibilidades del mercado de la salud, una estructura organizacional segura, confiable y altamente comprometida, un modelo tecnológico moderno y eficiente y disponiendo de una sólida y sostenible estructura financiera que soporte integralmente el sistema de gestión y proyecte la institución hacia el alcance de su visión.
- Ejecutar un conjunto de intervenciones integrales que le permitan al hospital desde el mejoramiento de la infraestructura, optimizar las condiciones de seguridad y confort y generar nuevos espacios físicos que permitan un ambiente de trabajo adecuado y el mejoramiento y cobertura de la prestación de servicios de salud.



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 9 de 58

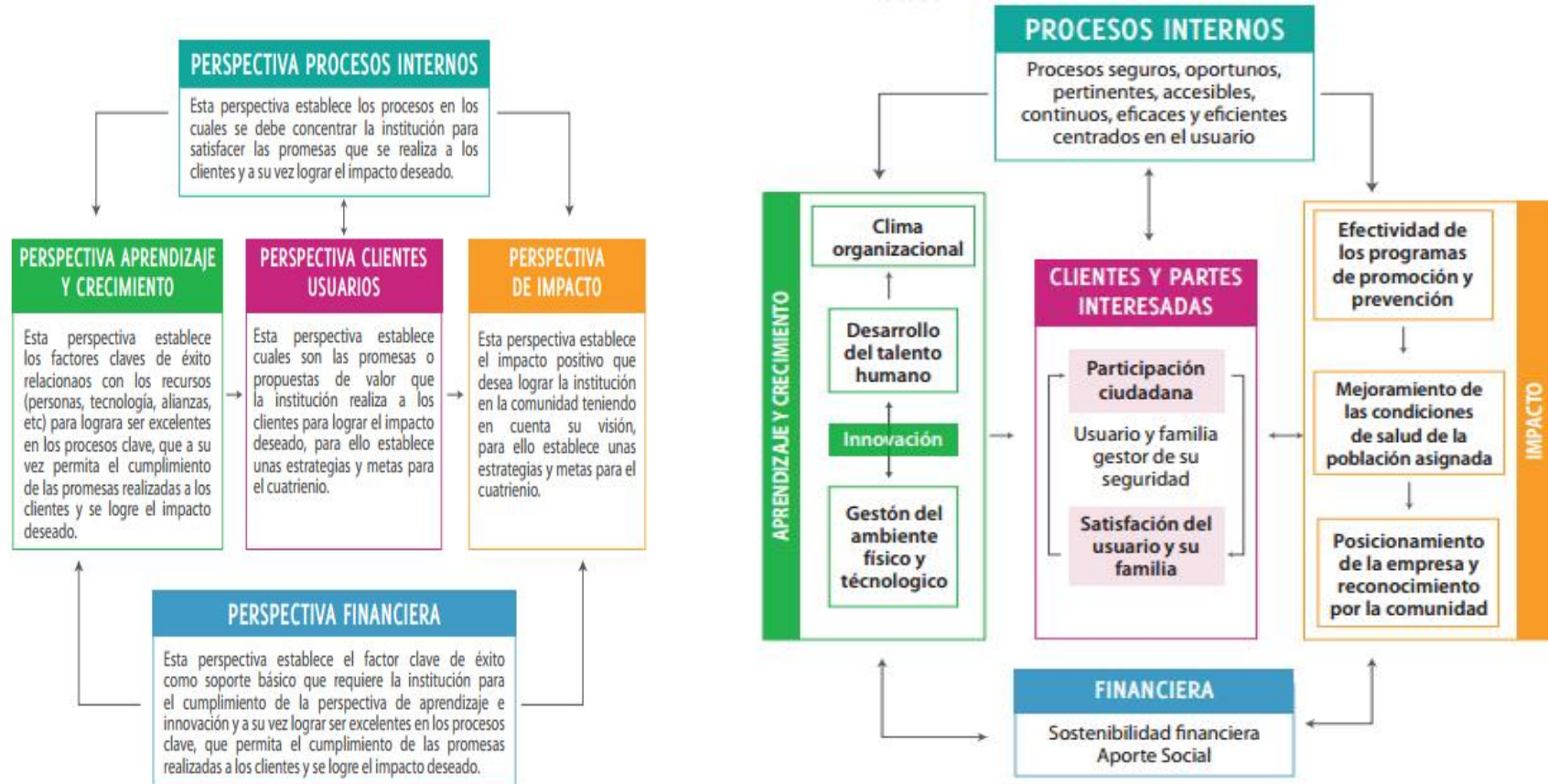
- Ofrecer a la institución y a la comunidad un Talento humano, competente, satisfecho y comprometido, que refleje en su labor el crecimiento personal y profesional como parte fundamental del mejoramiento continuo empresarial.
- Fortalecer el sistema Integral de Garantía de Calidad y generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en la seguridad del paciente, la humanización de los servicios, el enfoque a riesgos y la gestión de la tecnología buscando el mejoramiento continuo de los procesos y el fortalecimiento de la imagen corporativa de la ESE.

g. Política de calidad

En este contexto, venimos desarrollando esfuerzos sistemáticos para construir una cultura organizacional fundamentada en valores; nuestro compromiso es trabajar bajo un régimen de transparencia y probidad, donde se rindan cuentas de nuestras actividades a todas las partes interesadas de la organización. Para lograrlo hemos establecido políticas corporativas que propenden por la autorregulación en la gestión, las cuales se encuentran descritas en este documento, convirtiéndose así en un aliado estratégico que nos ayudará a fortalecer la confianza y la credibilidad de nuestros usuarios.

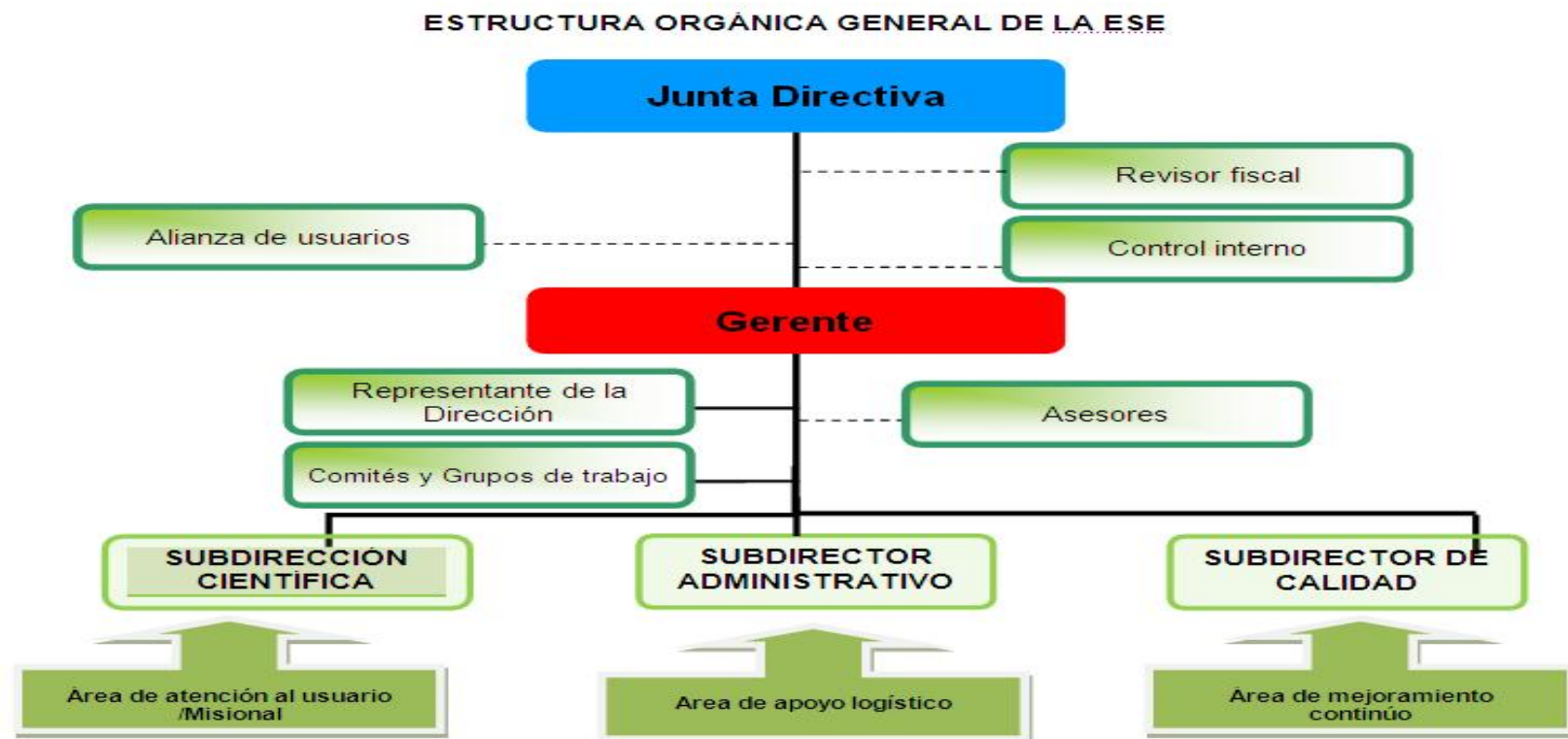
h. Mapa estratégico de la ESE

Las perspectivas en las que se enmarca el desarrollo estratégico de la ESE son:



i. Estructura Orgánica

A partir de la estructura organizacional general de la ESE, se define una estructura de autoridades y responsabilidades frente a la operación sistémica de los procesos.



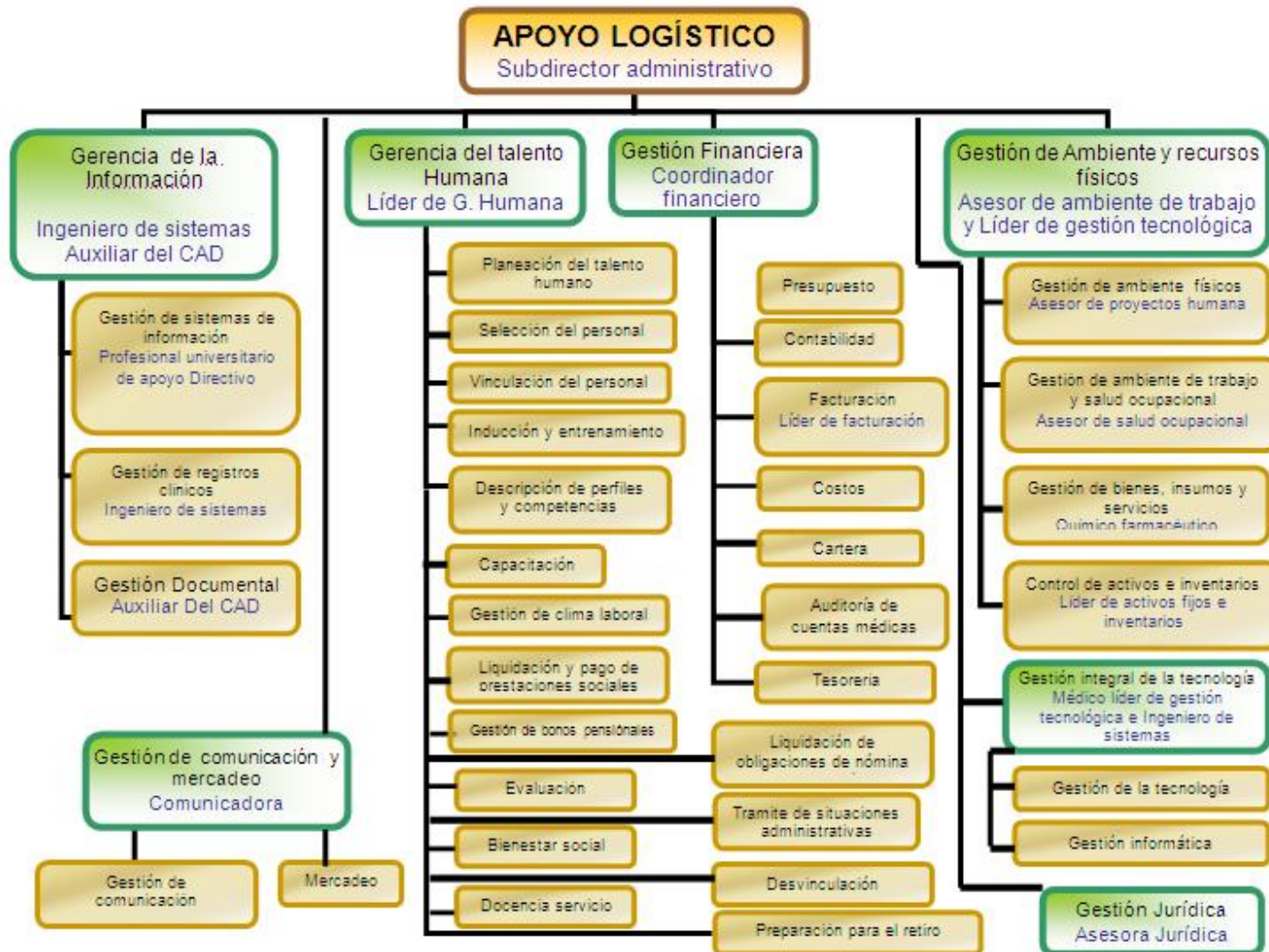
ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL ÁREA DIRECTIVA



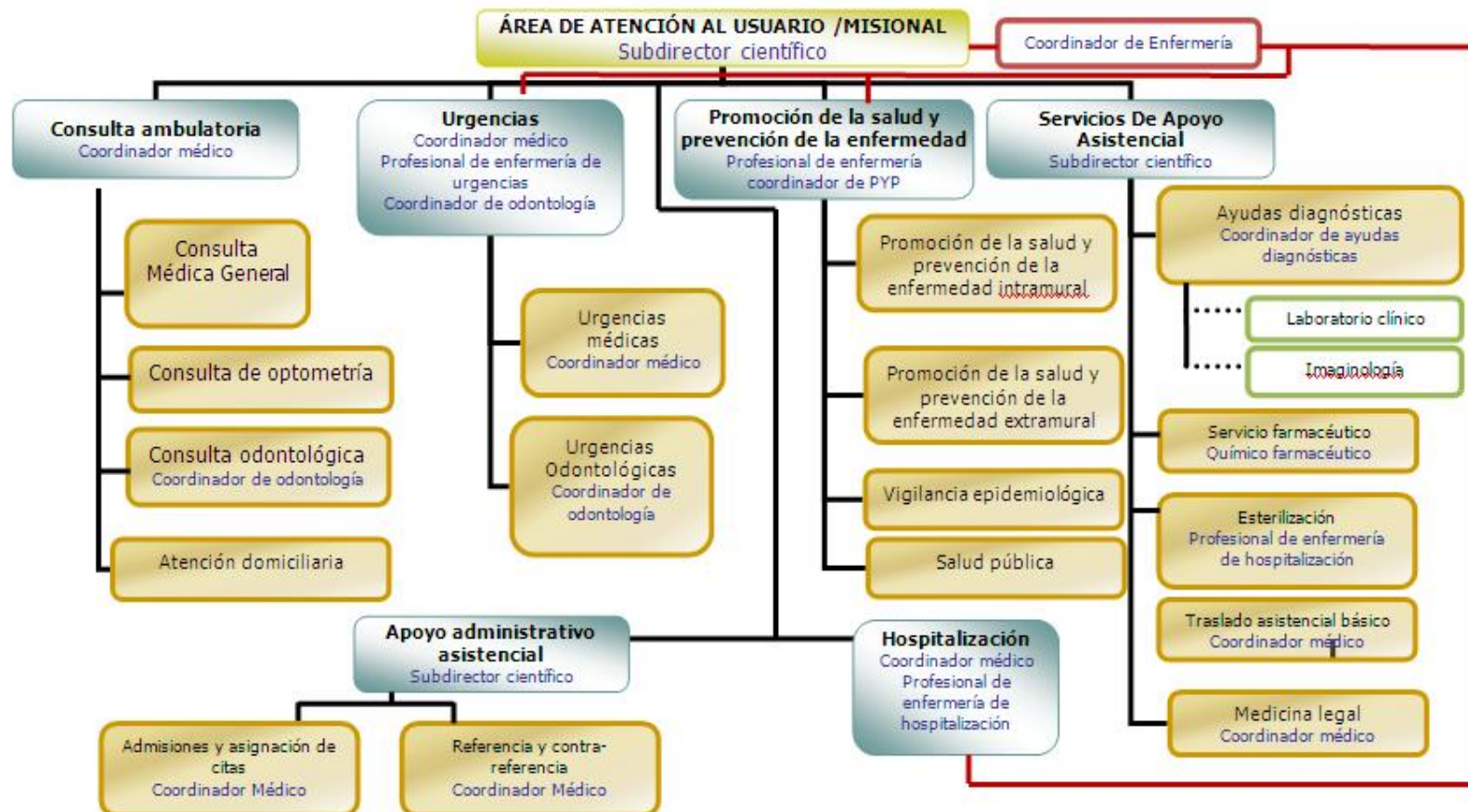
ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL ÁREA DE MEJORAMIENTO CONTINUO



ESTRUCTURA ORGANICA ÁREA DE APOYO LOGÍSTICO



ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL ÁREA MISIONAL





MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 16 de 58

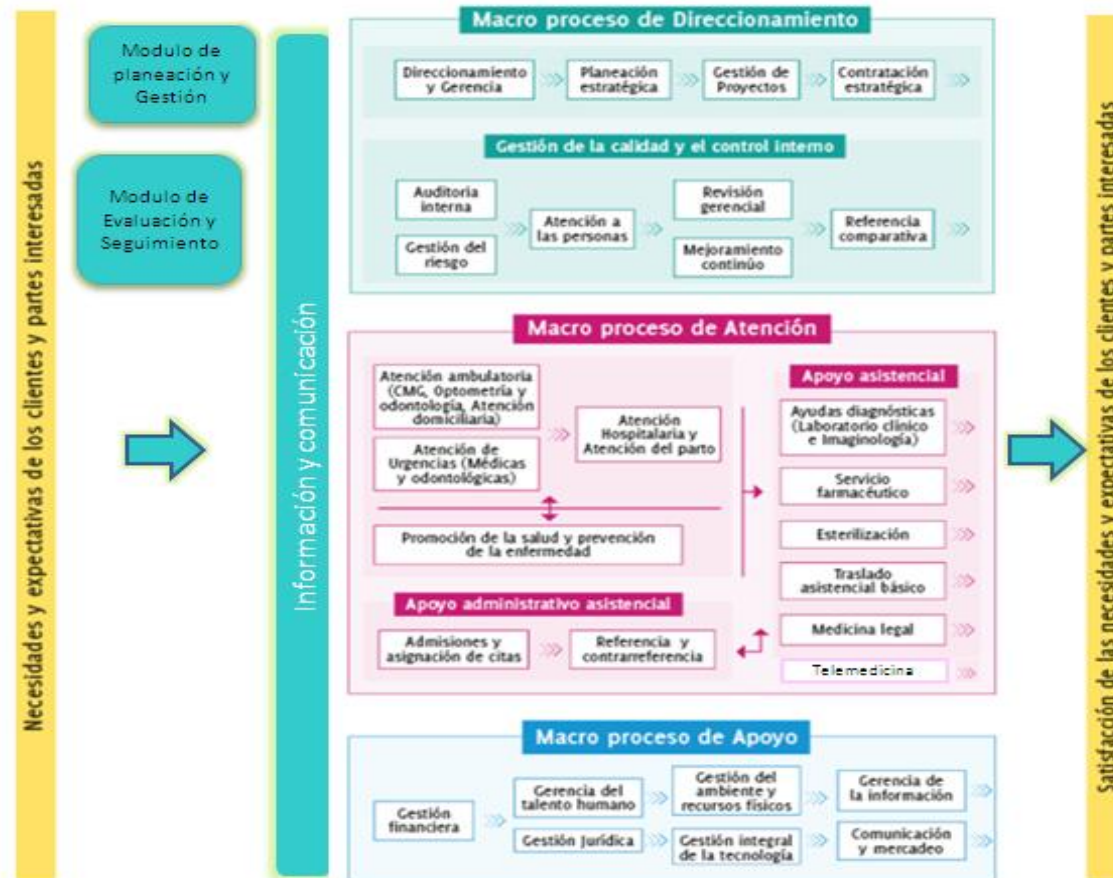
j. Enfoque Basado En Procesos

La organización para asegurar la implementación y mejora continua de la eficiencia y eficacia de su Sistema Integral de Gestión de la Calidad y la satisfacción de los clientes, ha adoptado el enfoque basado en procesos propuesto por las Normas: NTCGP 1000:2009, MECI 1000:2005 y SOGC Decreto 1011 de 2006, soportado en el modelo del ciclo PHVA. Para ello:

- Identificó los procesos necesarios para la operación y su aplicación a través de la organización
- Determinó la secuencia e interacción entre ellos
- Identificó requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables a cada proceso
- Estableció métodos de control necesarios para asegurarse de la eficacia de la operación y control de los procesos
- Identificó recursos necesarios para la operación y el seguimiento de los procesos
- Estableció indicadores que permitan realizar seguimiento, medición y análisis del desempeño de los procesos y el Sistema de gestión de la calidad
- Definió actividades a implementar para garantizar el seguimiento de la satisfacción de los clientes

El enfoque basado en procesos adoptado por la organización asegurando que todos los procesos se interrelacionen como un sistema y que operen en dirección al cumplimiento de los objetivos institucionales, lo cual a su vez genera confianza en la capacidad de sus procesos y la calidad de los servicios y proporciona una base para la mejora continua y el aumento permanente de la satisfacción de los clientes.

k. 4.4.1 Mapa de procesos



I. Caracterización de procesos

CARACTERIZACIÓN PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	
Líder: Gerente	
Objetivo: Orientar la organización hacia el desarrollo empresarial, mediante la planificación estratégica, con base en requerimientos legales y del cliente, en procura del cumplimiento de metas establecidas, el incremento de la calidad de los servicios misionales de la empresa y el cumplimiento de las expectativas de los clientes.	
Alcance: Direccionamiento y gerencia, Planeación estratégica, Gestión de proyectos, Contratación estratégica	
Producto/Servicio: Políticas, directrices, planes de Desarrollo y POAS, proyectos, contratos de prestación de servicios de salud, acuerdos, compromisos y protocolos éticos.	
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos
	<ul style="list-style-type: none"> • Norma: NTCGP 1000:2009 4.1, 5.1, 5.2, 5.3 ,5.4.1, 5.4.2, 5.5.2, 5.5.3, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 6.1, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3, • Decreto 1011 SOGC – SUA Grupo de estándares de Direccionamiento y Grupo de estándares de Gerencia • MECI 1000:2005: Elementos Acuerdos, compromisos y protocolos éticos, Estilo de la Dirección, Planes y programas, Modelo de Operación por procesos, Estructura organizacional, Políticas de operación
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional
	Clientes: Relacionados en el manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES	REQUISITOS
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	P Definición del plan estratégico del proceso Elaboración de diagnóstico estratégico para plan de desarrollo institucional Definir planes anuales de inversión Direccionar la elaboración de POAS institucionales Garantizar la identificación de requisitos legales, del cliente, de la norma y reglamentarios, aplicables a los procesos Definir políticas organizacionales y operacionales Realizar la contratación de la prestación de servicios con las	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB Proveedores de insumos, equipos	- Que se den a conocer las políticas organizacionales y operacionales - Que se establezcan planes de cumplimiento para normativa



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 19 de 58

Asesores		diferentes EAPB Definición de protocolos éticos Definición de entradas para la revisión por la Dirección	servicios Junta Directiva Alianza o asociación de usuarios.	<p>aplicable a los proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que se concerté los requisitos contractuales se comuniquen oportunamente al as partes interesadas - Que se conozcan los requisitos del cliente y se oriente el desempeño organizacional a la satisfacción de sus expectativas y necesidades - Que se haga de manera sistemática la revisión gerencial de los procesos y se comuniquen los resultados a las partes interesadas
	H	Elaborar plan de desarrollo estratégico, acuerdos de gestión y planes anuales de inversión Actualizar periódicamente la plataforma estratégica, organizacional y jurídica de la ESE, incluyendo ajustes en la política de calidad y los objetivos de calidad. Aprobar el Presupuesto de ingresos y gastos de la ESE. Coordinar la ejecución de los programas, estrategias, actividades y proyectos del Plan de Desarrollo, a través de los Planes operativos anuales. Realizar actividades que propicien el empoderamiento de la plataforma estratégica, jurídica y organizacional de la ESE, incluyendo la política, los objetivos de calidad, el código de buen gobierno y el código de ética de la ESE. Socialización de los contratos con las EAPB. Socialización de informes de gestión Ejecución de revisión por la Dirección Estudios de mercadeo		
	V	Seguimiento a ejecución de planes, programas y proyectos institucionales Seguimiento a contratación con las EAPB Verificación de cumplimiento de requisitos legales, del cliente, reglamentarios y de la Norma Verificación de cumplimiento de políticas y protocolos éticos de la ESE Seguimiento a indicadores del proceso. Seguimiento al empoderamiento por parte del cliente interno y externo de la plataforma estratégica, jurídica y organizacional de la ESE, incluyendo la política, los objetivos de calidad, el código de buen gobierno y el código de ética de la ESE. Socialización de los contratos con las EAPB. Seguimiento a planes de mercadeo Seguimiento a planes de acción y mejora originados de la revisión por la Dirección		



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 20 de 58

	A	<p>Toma de decisiones de ajuste o mejora con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Plataforma estratégica de la ESE Protocolos éticos Planes, programas y proyectos institucionales Ejecución presupuestal Acciones de impacto para garantizar empoderamiento del cliente interno y externo con respecto a la plataforma estratégica y los compromisos y políticas institucionales Ajuste a planes de mercadeo Replanteamiento de plataforma estratégica y metas institucionales a partir de la revisión por la Dirección 		
--	----------	---	--	--

Recursos	<p>Humanos: Gerente, Junta Directiva, Representante de la Dirección, Líderes de procesos, comites institucionales, asesor jurídico</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefonico, celular e internet</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, disposición de residuos, Ergonomía, clima organizacional</p>		
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control:	Indicadores: Remítase al BSC y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad	
	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento a la planeación institucional Seguimiento a los proyectos institucionales Seguimiento semestral a los acuerdos de gestión Rondas de liderazgo Patrullaje de sedes integradas en red Patrullajes de seguridad Revisión gerencial Calificación de gestión 		
Trazabilidad: Los planes, programas y proyectos de la ESE se encuentran publicados en la intranet y la página Web			
<p>Los contratos que se realizan con las aseguradoras se guardan en el archivo de central de la ESE, en la carpeta de cada EAPB por orden de fecha.</p> <p>El seguimiento a los planes, programas y proyectos de la ESE se relacionan en las actas del comité técnico científico de la institución.</p>			
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 21 de 58

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO

<p>Líder: Representante de la Dirección y Jefe de control interno Objetivo: Evaluar la capacidad de los procesos para dar cumplimiento de los requisitos del Cliente, legales, de la Norma y de la organización, detectando permanentemente las oportunidades de mejora continua de la Institución. Alcance: Auditorías Internas, Gestión del riesgo, atención a las personas, revisión gerencial, mejoramiento continuo, referencia comparativa Producto/Servicio: Informes de auditorías, planes de mejoramiento, acciones correctivas, preventivas y de mejora, gestión de riesgos y eventos adversos, PAMEC, autoevaluaciones de los sistemas: Sistema Único De Habilitación Resolución 1441 de 2013 Y Sistema Único De Acreditación Resolución 123 de 2012 y MECI 1000:2005</p>		
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Norma: NTCGP 1000:2009: 8, 8.1, 8.2. 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5 • MECI 1000:2005 • Decreto 1011 de 2006. Sistema Único De Habilitación Resolución 1441 de 2013 Y Sistema Único De Acreditación Resolución 123 de 2012 	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control y certificadores Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	<p>P Definición del plan de mejora organizacional Definición de plan de mejora por proceso Estandarizar proceso de medición, análisis y mejora Identificar necesidades mediciones a aplicar en cada proceso Programar y planear auditorías internas Definición de la guía de tratamiento del producto no conforme Identificación de riesgos o eventos adversos, que pueden afectar la operación de procesos o prestación de los servicios Identificación de no conformidades reales que pueden afectar la operación de procesos o prestación de los servicios</p>	Entes de control y certificadores Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
	<p>H Seguimiento al desempeño del proceso y del SIGC Análisis de situaciones que puedan afectar el desempeño de los procesos o del SIGC Ejecución de auditorías internas de calidad y elaboración de informes de</p>	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 22 de 58

		<p>auditorías Definición de acciones preventivas Definición de acciones correctivas Definición de planes de mejora</p>	
	V	<p>Seguimiento a eficacia y efectividad de planes de acción y planes de mejora Seguimiento a eficacia y efectividad de acciones correctivas, preventivas y de mejora Seguimiento a pertinencia de auditores Seguimiento a pertinencia de auditorías</p>	
	A	<p>Definición de planes de mejora con respecto al desempeño de los procesos y del SIGC Definición de planes de mejora con respecto a modificación en los requisitos legales, reglamentarios, del cliente y de la Norma Revisión gerencial</p>	
Recursos	<p>Humanos: Representante de la dirección, Jefe de control interno, comité auditor, Comité de calidad y control interno y Auditores internos</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de comunicación telefonico, celular e internet</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional</p>		
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad	
<p>Trazabilidad: La gestión de no conformidades y el seguimiento a la eficacia de acciones correctivas, preventivas y de mejora, se consolidan en medio magnético como anexo a las actas de comité de calidad, las cuales se diligencian en el software de calidad de la ESE. El seguimiento a las auditorías internas y externas se relaciona en el modulo de mejoramiento del software de calidad de la ESE. La evaluación a la pertinencia de las auditorías y los auditores, también se encuentran anexas a las actas del comité de auditorías.</p>			
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 23 de 58

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

Líder: Líder de gestión humana, subdirección administrativa y subdirección científica

Objetivo: Proveer de personal competente a las diferentes áreas y mejorar continuamente la competencia y el desarrollo del talento humano de la empresa, a través de un programa de capacitación y estímulos con proyección de valores que revierta en la prestación del servicio

Alcance: Planeación del talento humano, Definición de perfiles y competencias, Selección, Vinculación, Inducción y entrenamiento, Formación y capacitación, Gestión del clima laboral, Liquidación y pago de prestaciones sociales y nómina, Liquidación de nómina por convenios, Tramite de situaciones administrativas, Evaluación de desempeño, Desvinculación, Bienestar social e incentivos, Docencia servicio y Preparación para el retiro

Producto/Servicio: Personal capacitado, competente, motivado y con sentido de pertenencia por la institución. Administración del personal de docencia servicio de acuerdo a las normas aplicables

Requisitos

- Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos
- Norma: NTCGP 1000:2009 5.5.1, 6.2, 6.2.1,6.2.2, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3
MECI 1000:2005
Decreto 1011 de 2006. Sistema Único De Habilitación Resolución 1441 de 2013 Y Sistema Único De Acreditación Resolución 123 de 2012
- Legales: Remitirse al Nomograma institucional
- Cientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES

ACTIVIDADES

CLIENTES

Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias	P Planeación del talento humano Análisis de cargas laborales Planeación de personal de docencia servicio de acuerdo a la capacidad instalada de la ESE y los requerimientos normativos Definición de perfiles y competencias Selección de personal de acuerdo a la estructura organizacional y los requerimiento de recurso humano para dar cumplimiento a los contratos con las EAPB Definición de requisitos de las hojas de vida de los funcionarios vinculados Identificación de necesidades de formación y elaboración de plan de capacitaciones Estandarización de los procesos inducción, re inducción y entrenamiento Planeación del programa de inducción y reinducción Planeación del programa de formación y entrenamiento	Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE EAPB Usuarios y sus familias
--	--	--



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 24 de 58

		<p>Planeación del programa de certificación de competencias Concertación de objetivos de desempeño Elaboración de cuadros de turno de los funcionarios de acuerdo a la demanda de los servicios Planeación de bienestar laboral e incentivos Programa de salud ocupacional Programación del retiro</p>	
	H	<p>Socialización de perfiles y competencias con el personal de la ESE Inducción general y específica Formación y entrenamiento Selección y Vinculación de personal Certificación de competencias Implementación del plan de bienestar laboral e incentivos. Pago de nómina Consolidación y análisis de horas laboradas del personal Afiliación de empleados de la ESE al régimen prestaciones Pago de nomina por prestación de servicios,</p>	
	V	<p>Verificación de requerimientos de las hojas de vida del personal vinculado Seguimiento a la eficacia y efectividad del plan de capacitaciones Seguimiento plan de formación, inducción, re inducción, entrenamiento, certificación de competencias, bienestar laboral e incentivos. Evaluación de desempeño parciales y definitivas y seguimiento al desempeño del personal de cooperativa Seguimiento a indicadores del proceso</p>	
	A	<p>Ajustes a perfiles y competencias de acuerdo a modificaciones en la Normatividad aplicable Definición de planes de mejora individual, en concertación con los funcionarios Definición de planes acción y de mejora al desempeño del proceso</p>	
Recursos		<p>Humanos: Gerente, subdirector administrativo, subdirector científico, tecnicas administrativas de paoyo al proceso, Asesor legal, Jefes de áreas, Comité de Bienestar social, Comisión de personal y COPASO</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de copmunicación telefonico, celular e internet</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional, medicina laboral</p>	
Propiedad del Cliente:	Ver Manual de	Puntos de Control: Se encuentran	Indicadores: Remitase al BSC y al modulo



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 25 de 58

seguridad del usuario	definidos en cada procedimiento	de indicadores del software empresarial de calidad
<p>Trazabilidad: La documentación correspondiente a los procesos de selección de personal se consolida en el archivo de gestión del área de talento humano Las historias laborales activas e inactivas de los funcionarios se centralizan en el archivo de gestión del área de talento humano. Dichas historias se encuentran rotuladas con los nombres completos del funcionario, documento de identidad, y tipología foliados al interior de la carpeta y se archivan en orden cronológico. Dentro del archivo se ubican alfabéticamente según apellido. Los soportes de las capacitaciones internas se anexan a la carpeta del plan de capacitación de la respectiva vigencia y se guarda en el archivo de gestión del área de talento humano. Los soportes de las capacitaciones externas y de los procesos de inducción, reinducción y entrenamiento se legajan en la historia laboral de cada funcionario, al igual que los soportes de las evaluaciones de desempeño y los planes de mejora individual. Los soportes de nómina se legajan con los soportes de ingresos y egresos y se les da una colilla de pago a cada funcionario.</p>		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN FINANCIERA

Líder: subdirección administrativa		
Objetivo: Administrar con calidad y transparencia los recursos financieros de la Institución mediante el control de entradas y salidas a través de los diferentes sistemas, bajo los principios presupuestales y fiscales vigentes, para la toma de decisiones y garantizar la permanencia de la institución.		
Alcance: Presupuesto, Contabilidad, facturación, costos, tesorería, cartera, auditoría de cuentas médicas.		
Producto/Servicio: Informes financieros, Presupuesto, Recaudo de recursos financieros, Facturación de Servicios, control de clientes y proveedores deudores, control del recurso financiero, reflejar los márgenes de rentabilidad		
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: NTCGP 1000:2009 6.1, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3 Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación MECI 1000:2005	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Remitirse a la guía de requisitos del cliente	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos	P Elaboración de plan estratégico de proceso Elaboración de presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica de la	Entes de control Clientes internos



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 26 de 58

<p>Clientes externos Procesos de la ESE EAPB</p>	<p>organización, la proyección de necesidades y a los requerimientos legales Identificación de requisitos contractuales y ajustes al software financiero de acuerdo a las variaciones Identificación de cartera Identificación de recaudos Identificación y priorización de cuentas por pagar Identificación de centros de costos</p>	<p>Clientes externos Procesos de la ESE EAPB</p>
	<p>H Ejecución presupuestal Análisis contables y generación de informes financieros Facturación de servicios de acuerdo a lo pautado en los contratos con las EAPB y envío de cuentas Recaudo de recursos financieros Control de cuentas por pagar Control de cuentas por cobrar y cartera</p>	
	<p>V Seguimiento a la ejecución presupuestal Seguimiento contable a la gestión financiera de la organización Seguimiento a la facturación y gestión de glosas Seguimiento a márgenes de contratación Seguimiento indicadores del proceso Seguimiento a costos</p>	
	<p>A Ajustes a la ejecución presupuestal Respuesta y gestión de glosas Definición de ajustes de impacto a márgenes de contratación negativos Definición de políticas de impacto a los costos operacionales de la ESE Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Humanos: Gerente, subdirector administrativo, Contador, auxiliar contable, Tecnico administrativo de presupuesto, Tecnico administrativo de cartera, Tecnico administrativo de costos, Tecnicos administrativos de facturación tesorero, coordinador de facturación, auxiliares administrativos y auditor de cuentas médicas, mçedico de auditoria concurrente, comité de sostenibilidad contable, revisor fiscal, jefe de control interno</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas (1 oficina), Equipos de cómputo, Equipo de oficina, sistema operativo Windows, MS Office, acceso al software empresarial, sistemas de copmunicación telefonico, celular e internet, acceso al software empresarial</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional</p>	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 27 de 58

Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad
<p>Trazabilidad: Los soporte de facturación de las diferentes EAPB se guardan por legajos en orden cronológico, discriminado por aseguradora y desagregada por atenciones de promoción y prevención y otras atenciones. Estos legajos permanecen por un año en el archivo de gestión de estas dependencias, ubicado en el archivo central de la ESE. Posterior a este tiempo pasan al archivo central por un periodo de 4 años.</p> <p>Los informes financieros se legajan por orden cronológico. Posterior a un año se realiza transferencia al archivo central donde permanece 9 años más y después de su vigencia se realiza selección al azar.</p> <p>Los soportes de gestión presupuestal permanecen en el archivo de gestión por 5 años y posteriormente pasan al archivo central y después de 5 años se transfiere al archivo histórico de la ESE.</p>		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

	<p>Líder: Ingeniero de sistemas</p> <p>Objetivo: Coordinar con calidad el conjunto de actividades administrativas y técnicas, relacionadas con los recursos de información y comunicación, de tal forma que se garantice oportunidad y veracidad en la información de la organización y la divulgación efectiva de la comunicación informativa y organizacional de tal forma que contribuyan al sostenimiento, difusión y mejora continua del sistema integrable gestión de la calidad de la ESE</p> <p>Alcance: Gestión de información, gestión documental y gestión de registros clínicos</p> <p>Producto/Servicio: Información física y magnética, plan de información primaria y secundaria, tablas de retención documental, Tablas de valoración documental, control de documentos, registros clínicos, informes, indicadores</p>	
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: NTCGP 1000:2009 4.1, 4.2, 4.2.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.3, 6.3 b, 6.3 c, 7.2.3, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3 Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación MECI 1000:2005: Componente de información	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control	P Identificación de necesidades de información primaria y secundaria, de	Entes de control



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 28 de 58

<p>Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Archivo Generadle la Nación Centro de administración documental Proveedores de productos, equipos y servicios</p>	<p>acuerdo a requerimientos del cliente, legales, reglamentarios y de la Norma Elaboración del plan de información – caracterizar la información Priorizar información Estandarización de informes Estandarización del control documental Estandarización del control de registros clínicos físicos y magnéticos Definición del BSC Estandarización de TRD y TVD Estandarización de listados maestros de documentos y registros Entrenamiento de funcionarios para acceso, generación y control de información</p>	<p>Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Archivo Generadle la Nación Centro de administración documental Proveedores de productos, equipos y servicios</p>
	<p>H Implementación y control del plan de información primario y secundario Administración listados maestros de documentos y registros Administración del gestor documental Administración de las tablas de retención documental y tablas de valoración documental Transferencias documentales Administración de los registros clínicos físicos y electrónicos Elaboración de informes Elaboración de mapas de georreferenciación Administración del BSC</p>	
	<p>V Seguimiento a eficacia del plan de información Análisis de la información Seguimiento al control de documentos y registros Seguimiento a las tablas de retención y valoración documental Seguimiento a indicadores del BSC Auditoria al diligenciamiento técnico de los registros clínicos Auditoria al diligenciamiento del consentimiento informado Seguimiento a procesos</p>	
	<p>A Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de los resultados de seguimiento Ajustes al plan de información Actualización de listados maestros de documentos y registros Actualización del tablas de retención y valoración documental</p>	
<p>Recursos</p>	<p>Humanos: Ingeniero de sistemas, Profesional universitaria de apoyo directivo, auxiliar administrativa del archivo</p>	



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 29 de 58

administrativo, comité de archivo administrativo, comité de historias clínicas

Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas para archivo de documentación de acuerdo a requerimientos legales y condiciones que cumplan con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, medios de comunicación (incluye acceso a internet para recepción, búsqueda o consulta y envío de información), software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office planta física

Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional, control de temperatura y humedad, dotación para almacenamiento de archivos en condiciones de custodia y conservación

Trazabilidad: La información generada en los diferentes procesos se conserva en los archivos de gestión de cada uno de las dependencias y en archivos magnéticos de los computadores de cada área. Los inventarios documentales que se realizan cuando se hacen transferencias primarias quedan en el archivo del centro de administración documental y al mismo tiempo se alimenta una base de datos, para facilitar la recuperación de la documentación física.

Las copias de seguridad del software empresarial y de los registros magnéticos se archiva por orden cronológico en el archivo de gestión destinado para ello y se guardan copias por fuera de la institución

El archivo clínico es responsable de la administración y conservación de la historia clínica física y magnética, donde está consignado todo el historial clínico de los usuarios. Con respecto a las historias clínicas físicas cada usuario tiene una historia única, la cual está identificada con el número de historia del usuario, documento de identidad y nombre completo y se conservan en el archivo en un lugar determinado de acuerdo al consecutivo del historial, que facilita su recuperación. La historia del software está identificada con número de identidad, el consecutivo de la historia clínica física y el nombre completo del usuario.

El archivo clínico garantiza la conservación de las historias físicas, de la siguiente manera:

Restricción de ingreso a personal autorizado y control de ingresos y egresos de historias del área

Adecuación del archivo para impedir la destrucción por uso o por desuso de las historias clínicas físicas

Control en la disposición de las historias por archivos (central, de gestión e histórico) de acuerdo con las directrices emanadas del archivo general de la nación.

En caso de ser necesaria la recuperación de alguna información contenida dentro de las historias clínicas físicas, el archivo clínico garantiza tal recuperación en forma eficaz y oportuna mediante:

Localización del historial físico dentro del archivo de gestión por un sistema consecutivo binario de fácil aplicación

Recuperación de las historias clínicas del archivo central e histórico mediante el mismo sistema.

Con respecto a la historia clínica del software, la recuperación de la información se hace por medio del documento de identidad del usuario o sus apellidos. La preservación de la información se garantiza con la elaboración diaria de copias de seguridad.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTION NTEGRAL DE LA TECNOLOGIA

Líder: Ingeniero de sistemas e Ingeniero biomédico			
Objetivo: Generar e implementar soluciones tecnológicas biomédicas e informáticas que provean en forma oportuna, eficiente y transparente las condiciones necesarias para el cumplimiento de los fines misionales y la seguridad del paciente y la información			
Producto/Servicio: Tecnología biomédica e informática que se adecua a las condiciones institucionales y la normativa aplicable			
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: NTCGP 1000:2009 4.1, 4.2, 4.2.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.3, 6.3 b, 6.3 c, 7.2.3, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3 Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación MECI 1000:2005: Componente de información		
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES	
Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores	P	Formular políticas, lineamientos y estrategias para el desarrollo e implementación de proyectos TIC Formular políticas y estrategias para el manejo seguro de la tecnología biomédica Elaborar plan estratégico de TIC Y TBM Diseñar plan de implementación de minería de datos Identificar necesidades de software, hardware y tecnología biomédica y Elaborar plan de renovación tecnológica Caracterizar las TIC Y TBM para establecer condiciones de adquisición Elaborar plan de mantenimiento predictivo, preventivo, correctivo y metrológico Elaborar perfiles para administración de calves por cargos Estandarizar condiciones de custodia y seguridad para TIC Y TBM Definir necesidades de diseño de aplicativos informáticos que aporten a la eficiencia en el uso de la información empresarial. Alinear proyectos de TIC y TBM con las políticas estatales formuladas por los entes de control	Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores
	H	Formular proyectos de inversión en TIC Y TBM acorde con normativas legales y necesidades institucionales Gestionar adquisición de TIC Y TBM de acuerdo a la caracterización de las mismas y al plan de renovación tecnológica	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 31 de 58

	<p>Recepcionar la TIC Y TBM y realizar ensayos pruebas y validaciones Elaborar historial de TIC Y TBM Administrar y controlar TIC Y TBM Asignar perfil por cargo para acceder a la información Implementar planes de mantenimiento predictivo, preventivo, correctivo y metrológico</p>	
	<p>V Evaluación de TIC Y TBM: eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad Seguimiento a planes de mantenimiento predictivo, preventivo, correctivo y metrológico Seguimiento a la renovación tecnológica Seguimiento a incidentes y eventos adversos de tecno vigilancia y reporte de entes de control Evaluación de manejo de tecnologías</p>	
	<p>A Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora a partir de los resultados de seguimiento Ajustes al plan de renovación tecnológica Ajustes a planes de mantenimiento</p>	
Recursos	<p>Humanos: Ingenieros de sistemas, Tecnólogos de sistemas, ingeniero biomédico, tecnólogo biomédico Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas de acuerdo a requerimientos legales y condiciones que cumplan con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Tecnología biomédica, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, medios de comunicación (incluye acceso a internet para recepción, búsqueda o consulta y envío de información), software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office planta física, software de mantenimiento, software de telemetría Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, seguridad, Ergonomía, clima organizacional, control de temperatura y humedad, dotación para almacenamiento de archivos en condiciones de custodia y conservación</p>	
<p>Trazabilidad: La información generada en los diferentes procesos se conserva en los archivos de gestión de cada uno de las dependencias y en archivos magnéticos de los computadores de cada área. Todo lo relacionado con el manejo de TIC Y TBM se almacena en los software empresariales</p> <p>Las copias de seguridad del software empresarial y de los registros magnéticos se archiva por orden cronológico en el archivo de gestión destinado para ello y se guardan copias por fuera de la institución</p>		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos		Registros: Remítase al listado maestro de registros



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 32 de 58

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN DE AMBIENTE Y RECURSOS FÍSICOS

Líder: Líder de gestión de ambiente físico

Objetivo: Gestionar la adquisición de bienes, suministros y servicios de tal forma que se pueda propiciar el óptimo funcionamiento de las diferentes áreas de la institución. Así mismo garantizar un adecuado ambiente de trabajo y la disponibilidad y el adecuado funcionamiento de los bienes, instalaciones físicas y demás infraestructura de la ESE de tal manera que ésta pueda contribuir a una eficiente prestación de los servicios de salud y por tanto al cumplimiento de las características de calidad y seguridad a los usuarios.

Alcance: Gestión de infraestructura, Gestión de compras, Gestión de proveedores, Gestión metrológica, gestión de ambiente de trabajo y seguridad del paciente, Gestión de Activos fijos

Producto/Servicio: Infraestructura, equipos, servicios de apoyo y suministros, necesarios para la adecuada prestación del servicio. Condiciones ambientales que garantizan la conformidad de los productos/servicios.

Requisitos

Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos

Norma: NTCGP 1000:2009 6.3,6.4,7.4,7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.5.3, 7.5.5, 7.6, 8.5.2, 8.5.3
MECI 1000:2005
Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación

Legales: Remitirse al Nomograma institucional

Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES

ACTIVIDADES

CLIENTES

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de bienes y servicios

P
Elaboración del plan estratégico del proceso
Identificación de necesidades de ambiente físico
Identificación de necesidades de adquisición de bienes y servicios acorde a la planeación Institucional y a los requerimientos legales.
Elaboración de plan de compras
Selección de proveedores
Planear las actividades relacionadas con el ambiente de trabajo necesarias para garantizar la seguridad en la operación de los procesos
Estandarización de planes de contingencia
Elaboración del programa de salud ocupacional
Elaboración de plan de emergencias
Elaboración del programa de inspecciones de seguridad
Identificación de riesgos ocupacionales
Identificación de condiciones de seguridad para el paciente

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de bienes y servicios



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 33 de 58

		<p>Elaboración de plan de inventarios Elaboración de PIGRH Programación de jornadas de las 5SS Programación de controles bromatológicos Elaboración de cronograma de mantenimiento y desinfección de tanques de agua y plantas de energía Concertación del plan de fumigación Elaboración de plan de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación</p>	
H		<p>Ejecución de compras y elaboración de contratos, a partir de la aplicación del procedimiento de gestión de compras Elaboración de historial de proveedores Implementación del modelo de seguridad del paciente Ejecución del programa de salud ocupacional Ejecución del plan de emergencias Ejecución del PIGRH Ejecución de controles bromatológicos Ejecución de actividades de mantenimiento y desinfección de tanques de agua y fuentes de energía Ejecución de plan de fumigación Implementación de plan de inventarios Ejecución de plan de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación Divulgación e implementación de planes de contingencia</p>	
V		<p>Seguimiento al plan de compras Verificación de bienes y servicios adquiridos Evaluación y reevaluación de proveedores Seguimiento al Modelo de Seguridad del paciente Seguimiento a planes de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación Seguimiento a ejecución de planes de contingencia seguimiento al programa de salud ocupacional Seguimiento al plan de emergencias Patrullajes de seguridad Patrullajes centinela Seguimiento a riesgos ocupacionales</p>	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 34 de 58

	<p>Seguimiento a actividades de ambiente de trabajo Seguimiento a indicadores del proceso Seguimiento a planes corporativos del proceso</p>	
A	<p>Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso Ajustes al plan de compras Ajustes a los planes de mantenimiento de infraestructura, medios de comunicación y dotación Ajustes a planes corporativos del proceso Ajustes con respecto a la gestión de proveedores Ajustes de planes de contingencia Ajustes al programa de salud ocupacional Acciones de impacto frente a los hallazgos de patrullajes Ajustes al plan de emergencias Ajustes del panorama de factores de riesgos ocupacionales Reestandarización de actividades de ambiente de trabajo Ajustes a las condiciones de seguridad del paciente</p>	
Recursos	<p>Humanos: Asesor de ambiente físico y salud ocupacional, Químico farmacéutico Líder de compras, Auxiliar de Almacén, coordinador de servicios generales, coordinador de mantenimiento, nutricionista, Líder de seguridad del paciente, coordinador del servicio de vigilancia, auxiliares de mantenimiento, vigilantes, Auxiliares de servicios generales, personal asistencial en general, comité de seguridad y gestión de la tecnología, comité de salud ocupacional, comité de compras, comité de emergencias</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas que cumplan con requerimientos de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos, según requisitos del SUH, GPLI, acceso al software empresarial</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, ergonomía, bioseguridad, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización</p>	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
<p>Trazabilidad: Con respecto a los insumos adquiridos que afectan la calidad del servicio, todos ellos al momento de la admisión en almacén, son registrados en el "Acta De Recepción" que contiene: nombre del artículo, su marca o laboratorio, nombre del proveedor, número de lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y cantidad recibida. Con este procedimiento le garantizamos la trazabilidad a los demás servicios ya que estos deben llenar una planilla con los datos similares a los de la recepción, planilla diligenciada cuando el personal de farmacia y/o almacén lleva a cada servicio los insumos solicitados. Si existe algún problema con uno de estos insumos el personal de estos servicios se dirige al personal de almacén y/o farmacia con el fin de mirar la recepción original para gestionar así la devolución y baja</p>		



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:
Versión: 01
Página 35 de 58

de este producto.

Con respecto a los servicios adquiridos toda la información al respecto queda consignada en la hoja de vida del respectivo proveedor, las cuales se conservan por orden cronológico en el archivo de gestión del área directiva. Las hojas de vida de los proveedores de equipos y suministros se conservan en el archivo de gestión de almacén.

Con respecto a las actividades realizadas en el procedimiento de ambiente de trabajo, los soportes se guardan en los archivos de gestión del área directamente relacionada con la actividad. Los registros de las actividades de salud ocupacional se archivan anexos a la carpeta de salud ocupacional.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: GESTIÓN JURIDICA

Líder: Asesor jurídico

Objetivo: Velar por el cumplimiento de las disposiciones de la constitución política y las legales aplicables a la ESE Hospital del Sur "GJP" y asesorar y acompañar a la institución en la gestión jurídica de procesos y convenios contractuales de manera efectiva y transparente.

Alcance: Conceptos Jurídicos, Procesos judiciales, Procesos disciplinarios, Gestión de tutelas, Gestión de derechos de petición, Contratación de bienes y/o servicios, Procedimientos de interventoría y supervisión

Producto/Servicio: Conceptos jurídicos, procesos judiciales procesos disciplinarios, gestión de tutelas, gestión de derechos de petición, convenios contractuales, informes de supervisión e interventoría

Requisitos

Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos

Norma: NTCGP 1000:2009 6.3,6.4,7.4,7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.5.3, 7.5.5, 7.6, 8.5.2, 8.5.3
MECI 1000:2005

Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación

Legales: Remitirse al Nomograma institucional

Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES

ACTIVIDADES

CLIENTES

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE

P Identificar requisitos legales y reglamentarios
Elaborar normograma institucional
Elaborar plan de acción y/o proyectos para la vigencia
Recibir solicitudes de análisis y atención jurídica

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 36 de 58

EAPB Proveedores de bienes y servicios	<p>Planear y asignar la gestión jurídica Caracterizar la contratación de servicios Planear la contratación de servicios de la vigencia Planear la divulgación de normas de la vigencia</p>	EAPB Proveedores de bienes y servicios
	<p>H Ejecutar el plan de divulgación de normas Divulgar nuevas normas y asignar plan de implementación de normas Ejecutar plan de acción de la vigencia Gestionar tutelas Gestionar derechos de petición Emitir conceptos jurídicos Asesorar a la ESE en temas jurídicos Proyectar minutas contractuales para adquisición de servicios Proyectar minutas contractuales con las EAPB Elaborar y revisar proyectos de actos administrativos Instaurar y contestar demandas Coordinar procesos disciplinarios Formular y sustentar proyectos de acuerdo</p>	
	<p>V Realizar seguimiento a la divulgación de normas Realizar seguimiento a los planes de implementación de normas Realizar seguimiento a la eficacia, efectividad y eficiencia de los procesos de gestión jurídica Seguimiento al estado de proceso judiciales Realizar supervisión e interventoría de convenios contractuales Análisis de la información de los procesos jurídicos</p>	
	<p>A Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso Ajustes al plan de divulgación de compras Ajustar planes de implementación de normas Proyectar revocatoria de demanda</p>	
Recursos	<p>Humanos: Asesores jurídicos Físicos y de Infraestructura: Equipos de cómputo, Equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, GPLI, acceso al software empresarial Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, ergonomía, bioseguridad, desinfección, señalización, manejo de productos químicos</p>	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remitase al BSC y al modulo de indicadores del software empresarial de



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 37 de 58

		calidad
Trazabilidad: La información de los proceso jurídicos de la vigencia, reposan en el archivo de gestión de la oficina jurídica y en archivos magnéticos de los computadores del área, a los cuales se les realiza copia de seguridad periódica para asegurar su conservación.		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: COMUNICACIÓN Y MERCADEO

Líder: Comunicadora y Profesional universitaria delegada para mercadeo		
Objetivo: Divulgar, promover, desarrollar e implementar estrategias orientadas al posicionamiento institucional de la ESE, utilizando medios de comunicación internos y externos, para lograr esta fin y en mercadeo promover y comercializar el portafolio de servicios a través de estrategias que involucren todo nuestro público objetivo. .		
Alcance: Comunicación y Mercadeo		
Producto/Servicio: Divulgación de comunicación informativa y organizacional, administración de medios de comunicación, fortalecimiento de imagen corporativa, fortalecimiento de canales de comunicación entre equipos de trabajo y con las partes interesadas, comunicación efectiva		
Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos	
	Norma: NTCGP 1000:2009 6.3,6.4,7.4,7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.5.3, 7.5.5, 7.6, 8.5.2, 8.5.3 MECI 1000:2005 Decreto 1011 de 2006. Sistema único de habilitación y sistema único de acreditación	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de bienes y servicios	P Identificar necesidades de comunicación informativa y organizacional Identificar necesidades de gobierno en línea y elaborar plan de implementación Elaborar plan de implementación de ley anti tramites Caracterizar la población objeto Lectura de medios Elaborar plan de comunicación organizacional e informativo Elaborar plan de medios Elaborar plan de mercadeo	Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de bienes y servicios



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 38 de 58

		Elaborar plan de relaciones públicas Elaborar plan de campañas y fortalecimiento de la cultura organizacional	
H		Ejecutar plan de comunicaciones informativa y organizacional Ejecutar plan de medios Ejecutar plan de mercadeo Ejecutar plan de relaciones publicas Ejecutar plan de gobierno en línea y ley anti tramites Ejecutar campañas y estrategias para fortalecer la cultura organizacional Administrar comunicación interna y externa Asesorar a grupos de trabajo en comunicación efectiva con equipos de trabajo, el paciente y demás partes interesadas Gestionar desde el proceso de comunicaciones la seguridad del paciente	
V		Realizar seguimiento al plan de comunicaciones informativa y organizacional Realizar seguimiento al plan de medios Realizar seguimiento al plan de mercadeo Realizar seguimiento al plan de relaciones publicas Realizar seguimiento al plan de gobierno en línea y ley anti tramites Realizar seguimiento a campañas y estrategias para fortalecer la cultura organizacional Realizar seguimiento a la eficacia y efectividad de la comunicación empresarial Realizar seguimiento a los eventos adversos originados a partir de fallas en la comunicación entre el equipo de trabajo o con el paciente	
A		Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso Ajustes al plan de procesos Reentrenar a los funcionarios en comunicación asertiva y efectiva con el equipo de trabajo y los usuarios	
Recursos	<p>Humanos: Comunicadora y profesional universitaria delegada para mercadeo</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Equipos de cómputo, Equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, GPLI, medios de comunicación</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, ergonomía</p>		
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remitase al BSC y al modulo de indicadores del software empresarial de calidad	



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 39 de 58

Trazabilidad: La información de los proceso reposa en el archivo de gestión de las oficinas de comunicación y mercadeo y en archivos magnéticos de los computadores del área, a los cuales se les realiza copia de seguridad periódica para asegurar su conservación.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCION AMBULATORIA

Líder: Coordinador médico

Objetivo: Prestar servicios de salud hospitalarios de primer nivel de atención, con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad

Alcance: Consulta médica general, consulta por optometría, odontología, atención domiciliaria

Producto/Servicio: Atención médica de pacientes que requieren servicios de consulta externa, que cumpla con atributos de calidad

Requisitos

Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos

Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación
MECI 1000:2005

NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3

Legales: Remitirse al Nomograma institucional

Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES

ACTIVIDADES

CLIENTES

Entes de control
Clientes internos
Procesos de la ESE
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de productos, equipos y servicios
Otras IPS

P	Elaboración del plan de acción del proceso Acceso y admisión Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia
H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Interconsulta
V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención

Entes de control
Otras IPS
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de productos, equipos y servicios



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 40 de 58

	<p>Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso</p>	
A	<p>Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso</p>	
Recursos	<p>Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua</p>	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
<p>Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el "Manual de historia clínica"</p>		
Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros	

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCIÓN DE URGENCIAS

Líder: Coordinador médico y Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización

Objetivo: Prestar servicios urgencias de primer nivel de atención con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad

Alcance: Urgencias médicas, urgencias odontológicas

Producto/Servicio: Atención de urgencias que cumpla con atributos de calidad y remisión de pacientes



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 41 de 58

Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación MECI 1000:2005 NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3		
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	P	Elaboración del plan de acción del proceso Acceso y admisión Clasificación de Triage Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	
	V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento a al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Redefinición de conducta clínica Reestandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía,		



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 42 de 58

bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua

Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad
---	---	--

Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el “Manual de historia clínica”

Adicionalmente en urgencias existe un registro físico de todos los pacientes que ingresan a atención “Registro de usuarios de Urgencias”, en el cual quedan consignados todos los datos del usuario.

También existe un registro de todos los usuarios remitidos del servicio de urgencias “Registro de usuarios remitidos”, en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte “Traslado de pacientes”, el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos	Registros: Remítase al listado maestro de registros
--	--

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN DEL PARTO

Líder: Coordinador médico y Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización

Objetivo: Prestar servicios de salud hospitalarios de primer nivel de atención, con la intención de RECUPERAR la salud de los usuarios que llegan a la ESE, bajo parámetros de calidad y seguridad

Alcance: Internación obstétrica, internación pediátrica, internación medicina interna, atención hospitalaria, atención del parto

Producto/Servicio: Atención de hospitalaria bajo el cumplimiento de los atributos de calidad, remisión de pacientes y atención del parto

Requisitos

Organización: Remítirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos
Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema Único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación MECI 1000:2005 NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3
Legales: Remítirse al Nomograma institucional
Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 43 de 58

PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Procesos de la ESE Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB	P	Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión Identificación de necesidades y expectativas del usuario Identificación de alertas en el usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Entes de control Otras IPS Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB
Proveedores de productos, equipos y servicios Otras IPS	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	Proveedores de productos, equipos y servicios
	V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	
Recursos	<p>Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación</p> <p>Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación</p> <p>Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua</p>		
Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario	Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento	Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad	
Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un			



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 44 de 58

consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el “Manual de historia clínica”

Adicionalmente en hospitalización existe un registro físico de todos los pacientes que ingresan a atención “Registro de usuarios de Hospitalización”, en el cual quedan consignados todos los datos del usuario.

También existe un registro de todos los usuarios remitidos “Registro de usuarios remitidos”, en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte “Traslado de pacientes”, el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Líder: Coordinador de PyP

Objetivo: Brindar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contemplados en las resoluciones 412 y 3384 de 2000, y Vigilancia en Salud Pública a todos los usuarios afiliados a las aseguradoras que tienen contrato con la ESE y a particulares.

Alcance: PyP, Vigilancia epidemiológica y salud pública

Producto/Servicio: Actividades de promoción y prevención contempladas en las resoluciones 412 de y 3384 2000 y en el decreto 3039 de 2007 y resolución 425 de 2008 y actividades de vigilancia epidemiológica y salud pública

Requisitos

Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos

Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación
MECI 1000:2005

NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3

Legales: Remitirse al Nomograma institucional

Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones

PROVEEDORES

ACTIVIDADES

CLIENTES

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de
productos, equipos y

P Elaboración del plan de acción del proceso
Identificación y captación de población susceptible de actividades de promoción de la salud, detección temprana y protección específica de acuerdo a Normatividad aplicable
Programación y planificación de actividades
Inducción a la demanda
Acceso y admisión

Entes de control
Clientes internos
Usuarios y sus familias
Procesos de la ESE
EAPB
Proveedores de productos,
equipos y servicios



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 45 de 58

servicios		Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	
	H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención Ingreso a programas especiales Educación al usuario y/o su familia Diligenciamiento de registros clínicos Diligenciamiento de RIPS	
	V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento a la evolución del usuario por medio de atenciones de control Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Análisis de resultados e impacto de los programas Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso Evaluación de coberturas e indicadores Seguimiento a eficacia de cronogramas Seguimiento a efectividad de las actividades educativas Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Búsqueda activa de inasistentes Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso Ajuste a cronogramas de programación de acuerdo a los alcances logrados en coberturas e indicadores	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía,		



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 46 de 58

bioseguridad, radiología, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, alimentación, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua

Propiedad del Cliente: Ver Manual de seguridad del usuario

Puntos de Control: Se encuentran definidos en cada procedimiento

Indicadores: Remítase al BSC y al módulo de indicadores del software empresarial de calidad

Trazabilidad: Para garantizar la recuperación de la información histórica en cada uno de los procedimientos y la identificación de los productos incorporados al mismo, las atenciones asistenciales son registradas en la historia clínica del usuario física y/o magnética, la cual se encuentra identificada con nombres completos del usuario y documento de identidad; la historia física adicionalmente cuenta con un consecutivo asignado por la organización, el cual se utiliza para archivarlas por orden cronológico y consecutivo. La custodia de los registros clínicos se garantiza de la manera descrita en el "Procedimiento de archivo clínico"

Para la atención del parto en hospitalización existe un registro físico de todos los pacientes que son internados en hospitalización "Registro de usuarios de hospitalización", en el cual quedan consignados todos los datos del usuario

Existe un registro físico de todos los usuarios que son remitidos "Registro de usuarios remitidos", en el cual quedan registrados todos los datos del usuario, la IPS para la cual es remitido, funcionarios responsables de la remisión y acompañante del usuario. Adicionalmente se diligencia el soporte "Traslado de pacientes", el cual queda consignado en la historia clínica del usuario, posterior a la firma del médico remitente y el médico receptor.

Adicionalmente se cuenta con un registro de búsqueda de inasistentes que queda guardado en el archivo de gestión de PyP

En el caso de eventos de notificación epidemiológica se diligencia ficha única de notificación y al igual que los estudios de campo, son fotocopiadas y el formato original se archiva en la carpeta del COVE institucional y se entrega la copia a la DLS.

En el servicio de vacunación la trazabilidad de los biológicos se garantiza por medio del registro "Kardex de insumos" que hace parte del software del PAISOFT 2.2., en el cual quedan consignados el nombre del biológico, el lote y la fecha de vencimiento y la cantidad de biológico que ingreso. En la historia individual de cada usuario del PAISOFT 2.2, queda registrado la fecha de aplicación, el nombre del biológico y el número de Lote, de cada biológico.

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: SERVICIOS DE APOYO A LA ASISTENCIA

Líder: Coordinador de ayudas diagnósticas, Profesional de enfermería de urgencias y hospitalización, coordinador médico

Objetivo: Suministrar de forma oportuna servicios de apoyo asistencial, necesarios para la prestación integral de los servicios de la salud enmarcados en la calidad, seguridad, oportunidad y confiabilidad

Alcance: Laboratorio clínico, Imagenología, esterilización, servicio farmacéutico, traslado asistencial básico, telemedicina y medicina legal

Producto/Servicio: Ayudas diagnósticas y apoyo terapéutico

Requisitos

Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 47 de 58

	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación MECI 1000:2005 NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3	
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional	
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones	
PROVEEDORES	ACTIVIDADES	CLIENTES
Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios	P Elaboración de plan de acción del proceso Verificación de las condiciones de trabajo y del recurso humano necesario para la prestación del servicio Acceso y admisión del paciente Verificación de información y/o conocimiento del paciente con respecto a las ayudas diagnósticas y/o terapéuticas Verificación de condiciones del paciente	Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios
	H Toma de muestra o realización de la prueba Procesamiento de las ayudas diagnósticas Entrega de ayuda terapéutica ordenada Instrucciones sobre atenciones realizadas o productos entregados Referencia de muestras a otros niveles de atención	
	V Controles de calidad internos y externos de pruebas diagnósticas Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento eventos adversos Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A Definición de conductas de impacto a fallas detectadas durante la operación del proceso o en el producto entregado Reestandarización de procedimientos o protocolos de atención	
Recursos	Humanos: Recurso humano según tablas de detalle del Sistema Único de Habilitación	
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos según requisitos del sistema único de habilitación, Ambulancia, archivo clínico, equipos de comunicación	
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, bioseguridad, desinfección, señalización, manejo de productos químicos, temperatura, humedad, esterilización, lavandería, limpieza, vigilancia, planta eléctrica, tanque de agua	
Propiedad del Cliente: Ver Manual de Puntos de Control: Se encuentran Indicadores: Remitase al BSC y al modulo		



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 48 de 58

seguridad del usuario

definidos en cada procedimiento

de indicadores del software empresarial de calidad

Trazabilidad: En apoyo terapéutico los medicamentos y dispositivos médicos son registrados en el “Acta De Recepción” que contiene: nombre del artículo, su marca o laboratorio, nombre del proveedor, número de lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y cantidad recibida. Con este procedimiento le garantizamos la trazabilidad a los demás servicios ya que estos deben llenar una planilla con los datos similares a los de la recepción, planilla diligenciada cuando el personal de farmacia y/o almacén lleva a cada servicio los insumos solicitados. Si existe algún problema con uno de estos insumos el personal de estos servicios se dirige al personal de almacén y/o farmacia con el fin de mirar la recepción original para gestionar así la devolución y baja de este producto.

Con respecto al apoyo diagnóstico la trazabilidad de las pruebas realizadas se garantiza a través del “Registro diario del laboratorio” y el registro del módulo de apoyo diagnóstico del software. En ambos registros queda consignado la fecha de atención, los datos completos del usuario y las pruebas realizadas. En el momento que se necesite recuperar la información se accede al módulo de apoyo diagnóstico por medio de apellidos del usuario o el documento de identidad; en el registro diario de laboratorio se busca el paciente por fecha de atención, documento de identidad y nombre completo del usuario. Los registros clínicos físicos, se conservan en el área durante 2 años y posteriormente se realiza la transferencia al archivo central donde permanecen 5 años más, antes de su disposición final, la cual también queda soportada en actas.

Con respecto a medicina legal toda la información tales como oficios petitorios de reconocimientos médico legales, solicitudes de necropsias, y resultados de paraclínicos forenses, se guarda previa radicación, con copia de la misma en el archivo de gestión de medicina legal. La información generada dentro de la institución en relación con el procedimiento, se entregan a la autoridad solicitante previa radicación, conservando copia del oficio en el archivo de gestión de medicina legal, organizados en orden cronológico por tipo de documentos (reconocimientos, protocolos de necropsia, etc)

Cuando la información generada por parte de la ESE son certificados de defunción, la institución queda con un desprendible de copia de dicho registro, el cual a su vez es fotocopiado y conservado en el archivo de gestión de medicina legal

Con respecto a los productos incluidos en los procedimientos de atención, la trazabilidad de ellos se garantiza por medio de los formatos de control de inicio y finalización de los insumos utilizados y el registro del número de lote del medicamento o el dispositivo médico en la historia clínica física

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

CARACTERIZACIÓN PROCESO DE: APOYO ADMINISTRATIVO ASISTENCIAL

Líder: Gerente de información en salud, auxiliar administrativa del SIAU

Objetivo: Garantizar la disponibilidad del recurso de apoyo administrativo necesario para la integral y adecuada prestación de los servicios de la salud de los usuarios, de forma oportuna y efectiva

Alcance: Admisiones y asignación de citas, referencia y contrarreferencia,

Producto/Servicio: Admisiones y asignación de citas, referencias y contrarreferencias



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:
Versión: 01
Página 49 de 58

Requisitos	Organización: Remitirse al Nomograma institucional y a los listados maestros de documentos		
	Norma: Decreto 1011 de 2006. Sistema único de Habilitación y Sistema Único de Acreditación MECI 1000:2005 NTCGP 1000:2009 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.5.2, 8.5.3		
	Legales: Remitirse al Nomograma institucional		
	Clientes: Relacionados en el presente manual y en las caracterizaciones		
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES
Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Entidades judiciales	P	Elaboración del plan de acción del proceso Identificación de necesidades y expectativas del cliente Identificación de la red de remisión	Entes de control Clientes internos Usuarios y sus familias Procesos de la ESE EAPB Proveedores de productos, equipos y servicios Entidades judiciales
	H	Orientación e información al usuario Asignación de citas de acuerdo a demanda de servicios y cuadros de turnos de personal asistencial Priorización de pacientes Gestión de referencias y contrarreferencias de íter consulta a otros niveles de atención	
	V	Seguimiento a la percepción de los clientes frente al cumplimiento de requisitos y expectativas Seguimiento a fallas administrativas y eventos adversos Seguimiento a la efectividad de la información suministrada al cliente Seguimiento referencia y contrarreferencia Seguimiento a indicadores del proceso Auditorias internas del proceso	
	A	Definición de acciones correctivas, preventivas y de mejora Reasignación de citas Ajuste a la parametrización de los procedimientos Acciones de impacto a la detección de insatisfacción por parte del cliente	
Recursos	Humanos: Coordinador de central de citas, auxiliares administrativos, coordinador médico		
	Físicos y de Infraestructura: Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, Equipos de cómputo, Equipo de oficina, Software, sistema operativo Windows, MS Office, Equipos biomédicos, equipos de comunicación		
	Ambiente de trabajo: Iluminación, ventilación, clima organizacional, manejo adecuado de residuos, ergonomía, señalización, limpieza ,planta electrica		
Propiedad del Cliente: Ver Manual de Puntos de Control: Se encuentran Indicadores: Remitase al BSC y al modulo			



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 50 de 58

seguridad del usuario

definidos en cada procedimiento

de indicadores del software empresarial de calidad

Trazabilidad:

Con respecto al procedimiento de admisiones la asignación de todas las citas queda consignada en las agendas de citas del software. Para consulta de funcionarios que realizaron la atención se conservan los cuadros de turnos de las diferentes dependencias. Los soportes de remisiones y contrarremisiones quedan consignados en el historial clínico del usuario

Documentos: Remítase al listado maestro de documentos

Registros: Remítase al listado maestro de registros

7. RESPONSABILIDADES DELEGADAS FRENTE AL DEL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN – GERENTE Y SUBDIRECCIONES

COMO LIDERES DE PROCESOS DIRECTIVOS (INCLUYE SUBDIRECCIONES)

- Establecer y utilizar adecuados instrumentos de gestión que garanticen los resultados bajo parámetros de calidad, eficiencia y eficacia.
- Garantizar la correcta aplicación y utilización de las políticas y normas establecidas por la ley en materia de control interno, en consecuencia, remitirán al Consejo Asesor en esta materia, antes del 16 de febrero, copia del Informe Ejecutivo Anual que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema, realizado por la respectiva Oficina de Control Interno
- Gestionar sostenibilidad de la empresa.
- Actuar con transparencia en todas las decisiones empresariales
- Liderar y gestionar el ambiente de control a través de la gestión ética y la coordinación efectiva de recursos y esfuerzos, para el logro de los objetivos y metas institucionales.
- Establecer lineamientos y políticas organizacionales para el direccionamiento estratégico de la ESE, orientado al cumplimiento de las funciones públicas delegadas por el Estado.
- Garantizar el diseño y desarrollo del Sistema de Control Interno y su articulación con el Sistema Integral de Garantía de la Calidad adoptado por la ESE
- Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano, requeridos para la implementación del MECI y el Sistema Integral de Garantía de la Calidad.
- Adoptar comportamientos, disciplinas y procesos que orienten al mejoramiento continuo de la organización



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 51 de 58

- Revisar y aprobar los documentos donde se describa el quehacer de la empresa (manual de calidad, procedimientos, instructivos, guías, etc.).

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD:

- Entender el concepto de calidad en su proceso.
- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización
- Conocer la pertinencia e importancia de la propia labor y como contribuye al SGC
- Liderar la elaboración de planes estratégicos de proceso que contribuyan al logro de los objetivos y metas institucionales
- Conocer y hacer cumplir los requisitos aplicables a los procesos
- Cumplir y hacer cumplir el control documental en los procesos.
- Ejecutar las actividades como esté definido en la documentación y proponer las mejoras que considere necesarias.
- Participar en la definición de metas de su proceso y monitorear y gestionar su cumplimiento.
- Identificar las oportunidades de mejoramiento de su proceso y liderar la formulación de acciones correctivas y preventivas.
- Monitorear la gestión eficaz y efectiva de oportunidades de mejora y eventos adversos identificados en los procesos
- Dotar de los recursos necesarios para la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de los requisitos aplicables

FRENTE AL AUTOCONTROL

- Garantizar el autocontrol de los procesos y monitorear la gestión eficaz y efectiva de las oportunidades de mejoramiento identificadas a partir de los resultados
- Monitorear la gestión eficaz y efectiva de planes, programas y proyectos del área funcional a su cargo
- Monitorear el cumplimiento de los objetivos estratégicos aplicables al área funcional a su cargo

RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

COMO REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN PARA EL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD:

- Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Modelo MECI.
- Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo.
- Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo.
- Dirigir y coordinar las actividades del Equipo MECI.
- Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
- Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI, aplicando correctivos donde se



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 52 de 58

- requiera.
- Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas de diseño e implementación del Modelo, para su aprobación.

RESPONSABILIDADES DEL JEFE DE CONTROL INTERNO

- Preparar plan anual de auditorías y someterlo a aprobación por parte de los comité de control interno y comité de auditorias
- Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del sistema de control interno
- Realizar la evaluación independiente del sistema del control interno requerida por el DAFP
- Verificar que el sistema de control interno este formalmente establecido y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos, y en particular de aquellos que tengan responsabilidades de mando.
- Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de la ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.
- Verificar los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente de acuerdo con la evolución de la entidad.
- Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.
- Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados.
- Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.
- Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.
- Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente.
- Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades.
- Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas.
- Verificar que la organización cumpla con las funciones que le corresponden en el marco de la LEY DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN Y DE GOBIERNO EN LINEA.
- Comunicar a la Dirección los resultados de evaluación independiente de control interno



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 53 de 58

- Realizar seguimiento a los planes programas y proyectos institucionales y presentar informe a la Dirección y el comité de calidad y control interno
- Evaluar el desempeño de los comités y grupos de trabajo institucional, en el marco de la eficacia, eficiencia y efectividad
- Evaluar la ejecución presupuestal de los planes, programas y proyectos institucionales
- Realizar seguimiento sistemático al cumplimiento de las políticas organizacionales y proponer acciones de mejora
- Realizar seguimiento a los riesgos frente a la transparencia y la anticorrupción, apoyar en la definición de acciones de mejora y realizar seguimiento al cierre de brechas de mejoramiento.
- Verificar la oportunidad y pertinencia del proceso de Rendición de cuentas institucional.
- Verificar y conceptuar sobre el sistema de control interno contable
- Verificar y conceptuar sobre el control interno disciplinarios
- Verificar y conceptuar sobre la administración y la gestión de la información primaria y secundaria de la ESE
- Verificar y conceptuar sobre la administración y la gestión de la comunicación informativa y organizacional
- Promover una cultura de Transparencia y Autocontrol.

RESPONSABILIDADES DE LOS AUDITOR INTERNO DE CALIDAD

- Programar auditorias
- Realizar listas de chequeo que permitan monitorear el cumplimiento de requisitos aplicables al proceso y el desempeño del mismo
- Realizar reuniones de apertura y cierre con los auditados explicando el alcance y objetivo de ,la auditoria y aclarando dudas al respecto
- Realizar auditorías de acuerdo a lo establecido en el procedimiento y respetando la diferencia de opiniones, levantando hallazgos con base en el incumplimiento de requisitos aplicables a los procesos, garantizando la trazabilidad del proceso
- Elaborar informes de auditoria
- Monitorear la eficacia y efectividad de los planes de mejoramiento definidos frente a los hallazgos de las auditorías internas y externas
- Evaluar el proceso de auditorías y definir oportunidades de mejoramiento

RESPONSABILIDADES DE LOS LIDERES DE PROCESOS Y JEFES DE ÁREAS

COMO LIDERES DE PROCESOS Y/O JEFES DE ÁREAS

- Gestionar, administrar y custodiar los recurso delegados para la operación del proceso a su cargo
- Actuar con transparencia en todas las decisiones y acciones empresariales



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 54 de 58

- Cumplir y hacer cumplir el manual de ética, buen gobierno, trato y comportamiento adoptado por la ESE
- Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyectos aplicables al proceso
- Orientar el desempeño del proceso y de los funcionarios a su cargo, al logro de los objetivos estratégicos institucionales
- Mantener canales de comunicación en doble vía (ascendente y descendente) para la divulgación de información organizacional, en pro del desempeño y desarrollo del proceso
- Elaborar y presentar informes de gestión del proceso

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- Coordinar con la oficina de calidad y control interno la estandarización, implementación y evaluación de los requisitos aplicables a los procesos
- Revisar y actualizar la documentación del proceso
- Cumplir y hacer cumplir los lineamientos estandarizados para el proceso
- Contribuir desde el desempeño de los procesos, al logro de los objetivos de calidad
- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Asegurarse de que su equipo de trabajo conoce y entiende la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégicos y el desempeño del SIGC
- Elaborar el plan de inducción y re inducción específica de tal forma que se incluya el cumplimiento de los requisitos del Sistema Integral de Garantía de la Calidad, aplicable al proceso
- Trabajar en coordinación el equipo de trabajo, en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad, aplicables al proceso
- Motivar a su equipo de trabajo hacia la calidad.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, aplicables al proceso.
- Cumplir y hacer cumplir el control documental de los documentos y los registros que hacen parte del proceso.
- Calcular y analizar los indicadores de gestión y de calidad del proceso y definir oportunidades de mejora que impacte positivamente el desempeño del proceso
- Identificar las oportunidades de mejoramiento de su proceso y formular acciones correctivas y preventivas.
- Implementar eficazmente las oportunidades de mejora definidas para el proceso
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas programadas al proceso

PARA EL AUTOCONTROL:

Es responsable por la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 55 de 58

controles integrados a estos y por la Autoevaluación a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas.

RESPONSABILIDADES DE LOS COMITES Y GRUPOS DE TRABAJO

- Funcionar como órgano directivo asesor y evaluador, en materia de la función delegada por la Alta Dirección y en cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente.
- Elaborar planes de trabajo que orienten su desempeño y presentar informes de gestión a la Dirección.
- Custodiar los recursos delegados para la operación de sus planes de trabajo
- Conocer y cumplir con los lineamientos establecidos en el manual de ética, buen gobierno, trato y comportamiento adoptado por la ESE
- Actuar con transparencia en todas las decisiones y acciones empresariales
- Conocer y aplicar la documentación estandarizada en los procesos
- Conocer y participar en la implementación de planes, programas y proyectos institucionales
- Orientar el desempeño individual y colectivo al logro de los objetivos estratégicos institucionales

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad.
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y la caracterización de los procesos
- Entender la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégicos y el desempeño del SIGC
- Participar activamente en las actividades requeridas para el diseño e implementación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad, aplicables al proceso
- Cumplir con los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, aplicables al comité o grupo de trabajo.
- Cumplir con los lineamientos de control de documentos y registros.
- Apoyar a la verificación del cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, en materia de la función delegada por la Alta Dirección y presentar informes al comité de calidad y control interno.
- Participar en la identificación de oportunidades de mejora, eventos adversos y acciones correctivas y preventivas en materia de la función delegada por la Alta Dirección
- Participar activamente de la implementación de las oportunidades de mejora definidas en materia de la función delegada por la Alta Dirección
- Llevar seguimiento oportuno al plan de trabajo y al BSC del comité y presentar informe de gestión al comité de calidad y control interno y a la Dirección.
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas orientadas a la evaluación del desempeño del comité o grupo de trabajo



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 56 de 58

PARA EL AUTOCONTROL:

Responsable del control de la eficacia, eficiencia y efectividad de los resultados de gestión del comité o grupo de trabajo

RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO. Además

- El comité de calidad y control interno, será responsable como órgano de coordinación y asesoría del diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema Integral de Garantía de la Calidad Institucional, de conformidad con las normas vigentes y las características de propias de la entidad.
- Determinar los mecanismos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las operaciones, funciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.
- La responsabilidad del comité incluye la planeación del trabajo, definir las normativas de autorregulación del Sistema de Control Interno y Garantía de la Calidad, la dirección a su ejecución, el seguimiento al avance del mismo, la evaluación permanente a su eficacia, eficiencia y efectividad, y la toma de decisiones para su mejoramiento continuo.

RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO MECI

- En coordinación con el Representante de la Dirección, el Grupo Operativo MECI apoyara a la implementación de los requisitos establecidos en el MECI 2014: 2 Módulos, 1 eje transversal, 6 componentes y 13 elementos de control; como parte del Sistema Integral de Garantía de la Calidad adoptado por la ESE
- Asesorar y participar en la estandarización de los procesos institucionales, asegurando que se tengan en cuenta los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente
- Capacitar a los servidores públicos de la entidad en los lineamientos aplicables al MECI
- Divulgar avances en la implementación del MECI
- Asesorar a las diferentes áreas de la ESE en la implementación y mantenimiento del MECI
- Realizar seguimiento a las acciones de implementación y mantenimiento del MECI e informar resultados al Representante de la Dirección, para la toma de decisiones
- Trabajar en coordinación con los servidores designados por la Dirección, en la implementación de actividades requeridas para la



MANUAL PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Código:

Versión: 01

Página 57 de 58

implementación y el mantenimiento del MECI

- Con relación a los planes de mejoramiento, colaborar en su elaboración y ejecución, a partir de las recomendaciones de la oficina de control interno y los entes de control

RESPONSABILIDADES DE LOS FUNCIONARIOS

FRENTE AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

- El servidor público, como eje del Sistema de Control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación.
- Apoyar las actividades orientadas a fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno y el Sistema Integral de Garantía de la Calidad de la ESE.
- Conocer y entender la plataforma estratégica de la ESE
- Conocer y entender la política de calidad.
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y la caracterización de los procesos
- Entender la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégicos y el desempeño del SIGC
- Participar activamente en las actividades relacionadas con la implementación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad.
- Cumplir con los lineamientos establecidos desde la documentación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad.
- Cumplir con los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, aplicables al proceso en el cual se desempeña
- Cumplir con los lineamientos de control de documentos y registros.
- Participar en la identificación de oportunidades de mejora, eventos adversos y acciones correctivas y preventivas del proceso en el cual se desempeña
- Participar en la definición e implementación de las oportunidades de mejora del proceso en el cual se desempeña
- Conocer los resultados de gestión de su proceso
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas orientadas a la evaluación del desempeño de los procesos

PARA EL AUTOCONTROL:

Es responsable de la aplicación eficiente de los procesos, actividades y tareas relacionadas con el desempeño de su cargo, como parte del cumplimiento de las metas institucionales previstas.



**MANUAL
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**

Código:

Versión: 01

Página 58 de 58

8. NOTAS DE CAMBIO

Este numeral no aplica para el presente documento ya que corresponde a la versión 00 original

9. ANEXOS

Todos los procedimientos que hacen parte de los procesos, se encuentran relacionados en los listados maestros de control de documentos