MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

COPIA CONTROLADA

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	*THALIA NASNER*	*CRISTIAN AREVALO*	*COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO LIDER*
FIRMA			
CARGO	*LIDER DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD*	*GERENTE*	*Acta N°08*

1. OBJETIVO

Establecer institucionalmente el enfoque por procesos de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús, el cual describe la organización que la institución ha diseñado para garantizar el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos empresariales.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estandarizar la metodología para la elaboración y control de documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad desde la creación, aprobación, distribución, almacenamiento, custodia y control de los documentos y registros que soportan los procesos de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús

2. ALCANCE

El manual aplica a todos los procesos de evaluación, estratégicos, misionales y de apoyo de la Institución

3. TALENTO HUMANO RESPONSABLE

Gerente: Responsable de gestionar los recursos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, la operativización de los procesos y procedimientos y de y aprobar los documentos que hacen parte del sistema

Planeación: Responsable de liderar la planeación de los procesos.

Aseguramiento de la Calidad: Responsable de participar en la implementación y evaluación de los procesos y procedimientos. Responsable de verificar el cumplimiento de requisitos. Responsable de liderar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, socializar con todo el personal el presente documento. Responsable de revisar, codificar, controlar y distribuir los documentos del sistema. Responsable de llevar el control del listado maestro de documentos y registros. Responsable de custodiar los archivos físicos y magnéticos de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad

Lideres de Procesos: Responsables de garantizar el correcto funcionamiento y operatividad de los procesos. Responsable de informar cambios en los procesos y generar la necesidad de nuevos procedimientos y la actualización de estos. Responsables de Documentar los procesos y procedimientos según los lineamientos establecidos en el presente documento**.**

Todo el Personal: Responsable de adherirse a los lineamientos de los procesos y procedimientos correspondientes.

4. DEFINICIONES

ACTIVIDAD: Es una serie de acciones que se ejecutan con el fin de alcanzar los objetivos planteados.

COPIA CONTROLADA

ARCHIVO DE GESTIÓN: Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados.

ARCHIVO CENTRAL. En el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general.

ARCHIVO HISTÓRICO. Es aquel al que se transfieren desde el archivo central los documentos de archivo de conservación permanente.

CALIDAD: Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumplen con los requisitos

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: Documento usado para describir la estructura de cada proceso, estableciendo entre otros, su objetivo, alcance, responsable, entradas, salidas y las actividades de acuerdo con el ciclo P.H.V.A.

CICLO PHVA: Herramienta de mejora continua que se basa en cuatro pasos: Planear, Hace, Verificar y Actuar.

CLASIFICACIÓN: Corresponde a la forma de ordenar y archivar los registros de calidad en el archivo activo o inactivo (cronológica, alfabética, consecutivo, etc.)

CLIENTE: Organización o persona que recibe un producto. El cliente puede ser interno o externo a la organización

CÓDIGO: Corresponde al código alfanumérico asignado al documento, por auditoría de calidad.

COPIAS CONTROLADAS: Son aquellas que poseen información vigente, con los lineamientos definidos en cuanto a actualización, distribución y seguridad. El documento tiene el texto" Copia Controlada".

COPIAS NO CONTROLADAS: Son Copias físicas que NO tiene la identificación de "Copia Controlada". Se generan solo de manera informativa y no se les lleva control con fines de actualización.

DIAGRAMA DE FLUJO: Es la representación gráfica de un procedimiento que indica los pasos a seguir los cuales se conectan por medio de flechas para indicar la secuencia de la operación.

DOCUMENTO: Información y su medio de soporte. El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía o muestra patrón o una combinación de éstos. Los documentos pueden ser procedimientos, instructivos, formatos, planes, programas, matrices, documentos de origen externo; entre otros.

COPIA CONTROLADA

DOCUMENTO CONTROLADO: Son todos los documentos generados que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, sujetos de actualización cuando el original sufra cambios.

DOCUMENTOS EXTERNOS: Documentos que pertenecen a entidades externas pero que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad y que establecen directrices, por ejemplo normas, leyes, decretos, lineamientos, etc.

DOCUMENTOS INTERNOS: Son todos los documentos adicionales del manual de calidad y procedimientos operativos que son requeridos por la organización, para asegurar la respectiva planeación, operación y control de los procesos.

DOCUMENTO OBSOLETO: Documento que se encuentra en versión anterior a la vigente.

E.S.E: Empresa Social del Estado.

FECHA DE ELABORACIÓN: Fecha en la cual el documento se crea por primera vez.

FECHA DE APROBACIÓN: Fecha en la cual el documento fue firmado. Esta fecha se modificará cada vez que el documento se revise o actualice.

FORMATO: Es una preforma o plantilla para consignar información cuantitativa o cualitativa, que genera evidencia durante la ejecución o desarrollo de las actividades de los procesos y que se convertirá en un registro.

GESTIÓN DOCUMENTAL: Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

INDICADORES: Herramientas para clarificar y definir, de forma más precisa, objetivos e impactos y son medidas verificables de cambio o resultado de actividades o acciones desarrollados por la entidad.

INSUMO: Son entradas que deben ser transformadas en el proceso (información, documentación, u otros mecanismos necesarios para el proceso.

LÍDER DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD: Es la persona responsable de liderar y coordinar la estructura, organización y puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad.

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS: Es el listado que describe los documentos y registros que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, especificando su código, nombre, fecha de aprobación, versión, ubicación y protección del documento.

MACROPROCESO: Conjunto articulado de procesos que contribuyen al cumplimiento de la misión institucional

COPIA CONTROLADA

MAPA DE PROCESOS: Representación gráfica documentada de la estructura general del Sistema de Gestión de Calidad de la institución, en donde además se presentan los procesos que lo componen, así como sus relaciones principales

MEJORA CONTINUA: La mejora continua es una filosofía que intenta optimizar y aumentar la calidad de un producto, proceso o servicio

MIPG: Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS: Estándar organizacional que soporta la operación de la entidad pública, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

ORGANIGRAMA: Representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas.

OTRO DOCUMENTO: Documentos que requieren una estructura diferente a los tipos de documentos identificados en el sistema como planos, organigramas, políticas y otros que se identifiquen útiles para el sistema de Gestión.

PIRÁMIDE DOCUMENTAL: Es la representación gráfica de los documentos definidos en el Sistema de Gestión de Calidad

PROCESO: Conjunto de actividades interrelacionadas que transforman entradas en resultados para cumplir un objetivo institucional específico.

PROCEDIMIENTO: Conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir las actividades de un proceso, controlando las acciones que requieren la operación de la entidad. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.

PRODUCTO/ SERVICIO: Resultado de un proceso o de un conjunto de procesos.

PROGRAMA: Son documentos escritos que definen con claridad los objetivos de una organización y describe los métodos que se van a emplear para alcanzar dichos propósitos.

SUBPROCESO: Parte de un proceso, con objetivo propio, que transforma entradas en salidas específicas y aporta al logro del proceso.

TIEMPO DE RETENCIÓN: Tiempo durante el cual se debe conservar el registro bajo las condiciones establecidas ya sea en archivo activo o muerto.

TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL: Listado de series con sus correspondientes tipos documentales, a las cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa del ciclo vital de los documentos.

VERSIÓN: Corresponde al número de veces que el documento ha sido revisado y aprobado

COPIA CONTROLADA

5. DESARROLLO

El manual de procesos y procedimientos es una herramienta gerencial que describe la interrelación de los macroprocesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, junto con sus respectivos procesos con el fin de dar cumplimiento a la misión y la visión de la organización, mediante atenciones humanizadas y seguras que alcancen el mayor grado de satisfacción posible en los usuarios y sus familias.

El Manual de Procesos y Procedimientos es también un instrumento que fortalece los procesos de inducción y reinducción del personal, toda vez que describe la historia de la institución, el mapa de procesos, el organigrama y la descripción de procesos y procedimientos.

La Ley 872 de 2003 crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios y define que es la máxima autoridad de cada entidad pública la responsable de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar el Sistema de Gestión de la Calidad.

La Norma ISO 9001 – 2015 es la norma que establece el Sistema de Gestión de Calidad y define en su numeral 4 Contexto de la Organización, que cada organización debe contar con la documentación necesaria para demostrar la planificación, operación y control de sus procesos, así como la implementación y mejora continua del sistema, acercándose al cumplimiento de las expectativas del cliente.

La calidad es una condición intangible y determinante para permanecer en el mercado, independientemente del tipo de producto o servicio generado por una organización, por ello la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús como institución de carácter público que presta servicios de salud, con el firme propósito de brinda atenciones de calidad implementa el Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001 – 2015.

COPIA CONTROLADA

5.1 MEMORIA INSTITUCIONAL

La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús es una institución de carácter público de orden departamental conformada por Decreto 0094 de marzo 31 del 1998 de la Gobernación del Putumayo por la cual se “Crea el Hospital de la Hormiga del municipio del Valle del Guamuez, de naturaleza indefinida de orden Departamental”.

El Decreto 016 de febrero 9 de 1999 de la Gobernación del Putumayo, por la cual se modifica el Decreto 0094 de marzo 31 de 1998, por la cual se crea a partir de la vigencia del presente decreto el Hospital de Primer Nivel de Atención Sagrado Corazón de Jesús de la Hormiga – Valle del Guamuez, Putumayo, como una Empresa Social del Estado, entendido como categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Desde ese momento la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús contaba con una planta de personal de 41 empleados con equipos adecuados y una infraestructura algo limitada. En el año de 1.999 se inicia la construcción de una nueva infraestructura para el hospital en el barrio la Parker con 5 módulos aprobados por el ministerio de salud con recursos del FIP, gestionados mediante proyectos que se presentaron en el año de 1996.

Desde su creación hasta la fecha la E.S.E es considerada como una de las mejores instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento, gracias a la excelente gestión y desempeño que han realizado los gerentes, que como resultado permite que hoy en día la Institución cuente con solvencia financiera, informes de gestión gerencial con resultados sobresalientes, así como la implementación de sistemas y modelos que contemplan la mejora continua en los procesos.

Durante la presente administración se ha logrado fortalecer los procesos y procedimientos de la Institución, ampliando su portafolio de servicios, su capacidad resolutiva, sus recursos físicos, humanos y tecnológicos. Es importante resaltar que durante el año 2022 luego de gestiones gerenciales se logra la consecución del título valor de la sede de PYM y la sede principal a nombre de la E.S.E, así como también la gestión para la dotación de equipos de rayos X modernos pasando de la tecnología análoga a la tecnología digital, estar a paz y salvo en los impuestos prediales de las sedes, entre otras gestiones.

5.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA.

La plataforma estratégica de la E.S.E fue aprobada por la Junta Directiva mediante acuerdo No. 010 de noviembre de 2024.

MISIÓN:

Somos una empresa social de estado del orden departamental que presta servicios de salud de primer nivel y algunas especialidades de segundo nivel en el departamento del Putumayo, con un modelo de atención integral centrado en el usuario y su familia. Contamos con un equipo humano competente y en constante aprendizaje, comprometido con la calidad, seguridad y humanización de la atención; contribuyendo a la promoción y al mantenimiento de la salud de nuestros usuarios y al equilibrio financiero del sistema

VISIÓN:

En el año 2027, Seremos una empresa líder en la prestación de servicios de salud primer nivel y algunas especialidades de segundo nivel, bajo los estándares de calidad y seguridad del paciente con una atención humanizada, sostenibilidad financiera, comprometidos con el desarrollo tecnológico, infraestructura moderna, innovación y la mejora continua en cada uno de los procesos institucionales

VALORES CORPORATIVOS:

Los valores corporativos de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús son:

LIDERAZGO: Guiamos el equipo de trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos con creatividad y motivación.

HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

RESPETO: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

COPIA CONTROLADA

COMPROMISO: Los funcionarios de planta o de contrato, deben ser conscientes de la importancia del rol como servidor público, siempre debe de existir una disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se tiene relación en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

DILIGENCIA: Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas, acorde con cada cargo, de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

JUSTICIA: Actuar con imparcialidad, garantizando los derechos de las personas con equidad, igualdad y sin discriminación.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS:
Los principios corporativos que hacen parte de la filosofía de la E.S.E son:

SENTIDO DE PERTENENCIA: Aquí todos nos sentimos parte de la Institución, la respetamos y compartimos su amplia visión de oportunidades, que dan lugar a la acción inmediata en pro de los usuarios; sintiendo propio cada logro obtenido.

TRABAJO EN EQUIPO: Asumimos el compromiso de interactuar con el otro para la formulación y consecución de los objetivos institucionales, bajo las premisas del respeto y el compañerismo.

CULTURA DE LA CALIDAD: La institución desarrolla sus procesos a partir del mejoramiento continuo, comprometida con el cumplimiento de altos estándares de calidad.

RESPONSABILIDAD SOCIAL: Es una prioridad institucional, el aporte al bienestar de los empleados, la comunidad, los proveedores y el desarrollo consecuente del sector salud, así como la conservación del medio ambiente.

ATENCIÓN HUMANIZADA: La atención integral es parte de nuestra cultura organizacional y la constante en el desarrollo de los programas y servicios de la institución.

EXCELENCIA: Implica realizar una actividad con la más alta calidad posible, sirviendo y apoyando a los demás bajo los principios y valores institucionales.

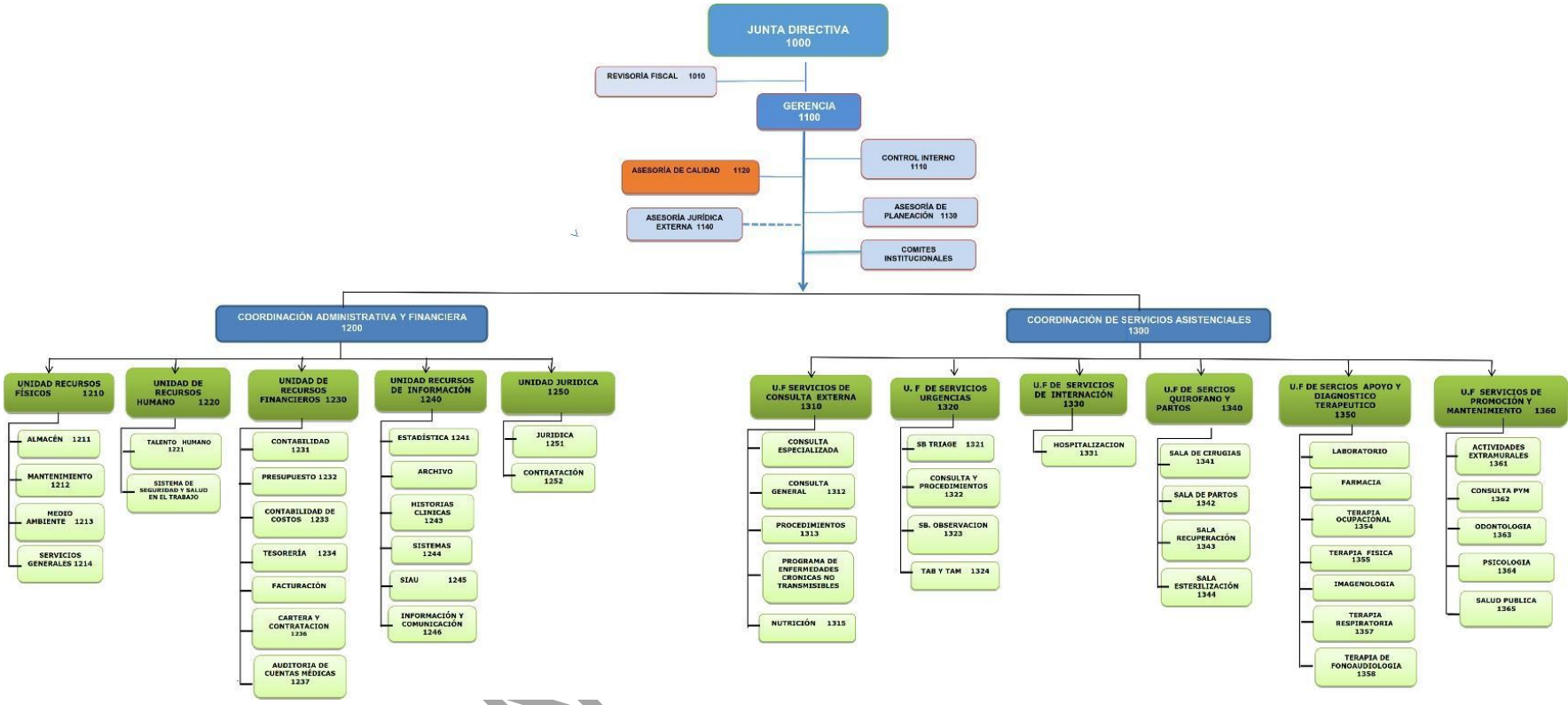
SERVICIO COMUNITARIO: es un acto altruista y desinteresado que busca mejorar la calidad de vida de quienes nos rodean. Se trata de un compromiso activo con la comunidad, donde cada individuo aporta su tiempo, habilidades, y energía para crear un entorno más justo y equitativo.

5.3 ORGANIGRAMA

Un organigrama es la representación gráfica de la estructura de una empresa o cualquier otra organización, que incluye las estructuras departamentales y, en algunos casos, las personas que las dirigen, hacen un esquema sobre las relaciones jerárquicas y competencias de vigor.

La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús a través de la Resolución No. 048 de 2013 modifica la estructura organizacional de la E.S.E y se determinan los lideres de los procesos.

COPIA CONTROLADA


JUNTA DIRECTIVA 1000
REVISORÍA FISCAL 1010
GERENCIA 1100
ASESORÍA DE CALIDAD 1120
ASESORÍA JURÍDICA EXTERNA 1140
CONTROL INTERNO 1110
ASESORÍA DE PLANEACIÓN 1130
COMITES INSTITUCIONALES
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 1200
COORDINACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES 1300
UNIDAD RECURSOS FÍSICOS 1210
ALMACÉN 1211
MANTENIMIENTO 1212
MEDIO AMBIENTE 1213
SERVICIOS GENERALES 1214
UNIDAD DE RECURSOS HUMANO 1220
TALENTO HUMANO 1221
SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIDAD DE RECURSOS FINANCIEROS 1230
CONTABILIDAD 1231
PRESUPUESTO 1232
CONTABILIDAD DE COSTOS 1233
TESORERÍA 1234
FACTURACIÓN
CARTERA Y CONTRATACION 1236
AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS 1237
UNIDAD RECURSOS DE INFORMACIÓN 1240
ESTADÍSTICA 1241
ARCHIVO
HISTORIAS CLINICAS 1243
SISTEMAS 1244
SIAU 1245
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 1246
UNIDAD JURIDICA 1250
JURIDICA 1251
CONTRATACIÓN 1252
U.F SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA 1310
CONSULTA ESPECIALIZADA
CONSULTA GENERAL 1312
PROCEDIMIENTOS 1313
PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
NUTRICIÓN 1315
U. F DE SERVICIOS URGENCIAS 1320
SB TRIAGE 1321
CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS 1322
SB. OBSERVACION 1323
TAB Y TAM 1324
U.F DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN 1330
HOSPITALIZACION 1331
U.F DE SERCIOS QUIROFANO Y PARTOS 1340
SALA DE CIRUGIAS 1341
SALA DE PARTOS 1342
SALA RECUPERACIÓN 1343
SALA ESTERILIZACIÓN 1344
U.F DE SERCIOS APOYO Y DIAGNOSTICO TERAPEUTICO 1350
LABORATORIO
FARMACIA
TERAPIA OCUPACIONAL 1354
TERAPIA FISICA 1355
IMAGENOLOGIA
TERAPIA RESPIRATORIA 1357
TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA 1358
U.F SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO 1360
ACTIVIDADES EXTRAMURALES 1361
CONSULTA PYM 1362
ODONTOLOGIA 1363
PSICOLOGIA 1364
SALUD PUBLICA 1365

CON

5.4 MAPA DE PROCESOS

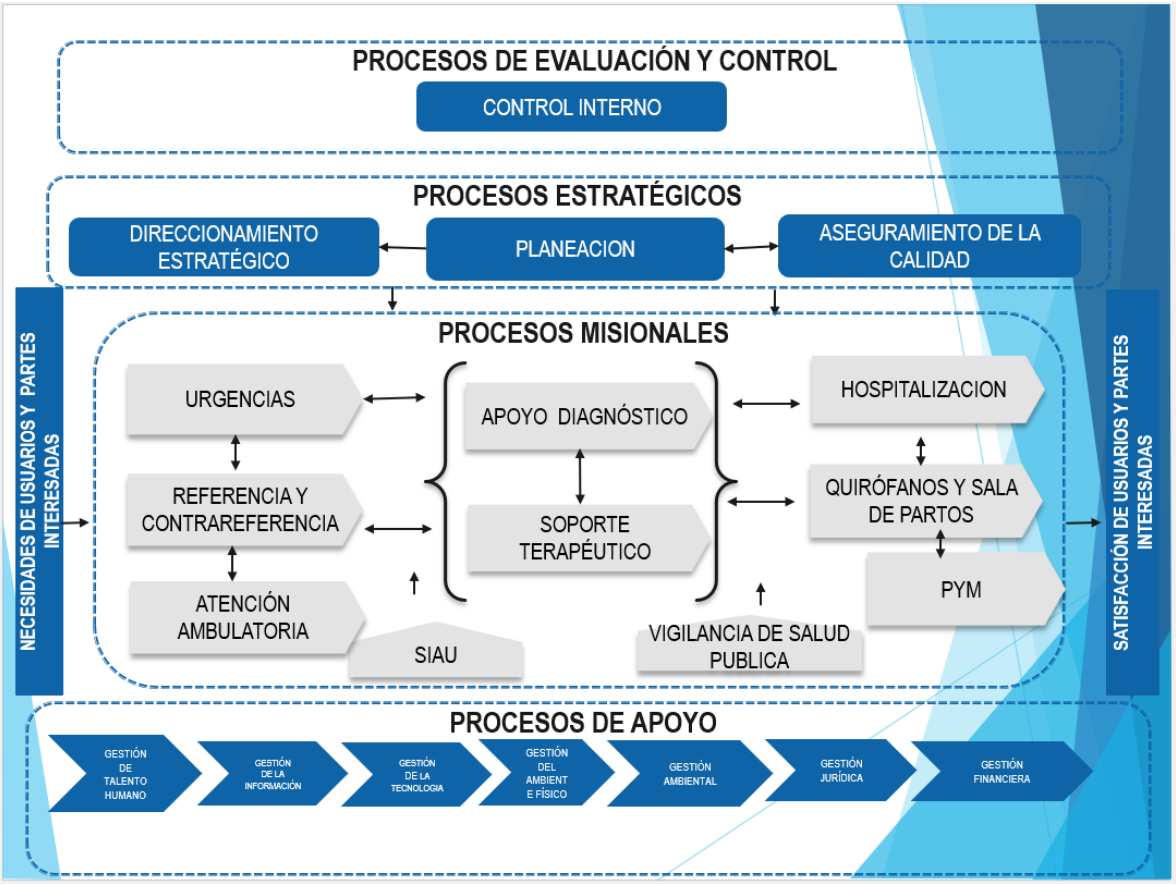
El mapa de procesos es la presentación grafica de los procesos y su interrelación para dar cumplimiento a la misión y los objetivos de la organización. En el mapa se describen los procesos operativos o misionales, los procesos estratégicos, los procesos de apoyo y los de control y seguimiento.

MACRODPROCESOS	DESCRIPCIÓN
PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL	Son los procesos encargados de realizar el seguimiento y el control de la Institución.
PROCESOS ESTRATÉGICOS	En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E se identifica estos procesos desde donde se establecen las directrices y lineamientos estratégicos y de operación en la Entidad, mediante procesos de planeación y mejoramiento continuo, para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Constituyen el soporte de la toma de decisiones.
PROCESOS MISIONALES	Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E E
PROCESOS DE APOYO	Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios para el normal funcionamiento del Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E y el logro de sus objetivos.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E tiene un enfoque basado en procesos, concibiendo a la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del cliente y sus partes interesadas, el cual se plasma en el mapa de procesos (Ver gráfico N°1) donde se establecen los procesos de Evaluación y control, Estratégicos, Misionales y de Apoyo, de los cuales se desprenden a su vez toda la estructura de procesos, cada uno de ellos está debidamente caracterizado con su responsable, objetivo, alcance, requisitos, recursos necesarios para su desarrollo, identificación de sus entradas, proveedores, salidas, clientes y los resultados de los procesos.

COPIA CONTROLADA

Gráfico 1. Mapa de procesos Hospital Sagrado Corazón de Jesús



DESCRIPCION MAPA DE PROCESOS.

A través del mapa de procesos se puede evidenciar la interacción que existe entre ellos para garantizar la atención segura en salud en donde convergen no solamente los procesos misionales, sino también los procesos estratégicos, de apoyo y de control, transformando las necesidades de los usuarios y partes interesadas en satisfacciones que representan la fidelización y el reconocimiento de la institución como garante de atención en salud.

En la parte superior del mapa se encuentra el macroproceso de evaluación y control encargado de la verificación de cumplimiento de la gestión conforme a la normatividad legal que rige el control interno.

Posteriormente se encuentra el macro proceso estratégico, del donde se desprenden los procesos de Direccionamiento Estratégico, Planeacion y Aseguramiento de la Calidad. En este macroproceso

se toman decisiones y se generan las directrices y los lineamientos para el correcto funcionamiento de la E.S.E, enmarcados en el ciclo PHVA.

En la parte izquierda del mapa se encuentra la representación de las necesidades de los usuarios y las partes interesadas.

En la parte central del mapa representada se encuentran el macroproceso misional, la razón de ser de la Institución, que en otras palabras es la prestación de los servicios de salud con un alto valor profesional, ético y humanizado, que alivie los dolores e impacte positivamente la salud de los usuarios, respetando su cultura, su identificación y su diversidad desde la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, hasta la promoción de hábitos de vida saludable que favorezcan el desarrollo individual y familiar.

Y en la parte inferior se encuentra el macroproceso de apoyo, necesarios para proteger y garantizar el buen funcionamiento de los procesos organizacionales.

Finalmente, al lado derecho se describe la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, los cuales generan el reconocimiento de la atención oportuna, segura y pertinente, incrementando la lealtad del usuario frente a la institución.

5.5 METODOLOGÍA DE FORMULACION

La elaboración del Manual de Procesos y Procedimientos se realiza en articulación con los líderes de los procesos, el equipo de planeación y el equipo de Sistema de Gestión de Calidad. A continuación, se describen las actividades realizadas:

IDENTIFICACION DE PROCESOS: Con los líderes y Lideres se realizan actividades de sensibilización sobre atención basada en procesos, con el fin de facilitar la identificación de los mismos y la agrupación de los subprocesos.

COPIA CONTROLADA

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROPÓSITO	CARACTERIZACIÓN
EVALUACIÓN Y CONTROL	CONTROL INTERNO	01. CONTROL INTERNO	Verificar, evaluar y fortalecer el Sistema de Control Interno institucional, garantizando el cumplimiento de los objetivos organizacionales, la mejora continua y el cumplimiento normativo, mediante acciones independientes de auditoría, seguimiento, verificación y reporte a los organismos de control y a las plataformas oficiales del Estado.	CI-CA-01

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROPÓSITO	CARACTERIZACIÓN

COPIA CONTROLADA

ESTRATÉGICOS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Orientar la gestión institucional mediante la definición de lineamientos estratégicos, seguimiento y control de los objetivos organizacionales, garantizando el cumplimiento de la misión, visión y metas institucionales con eficiencia en el uso de los recursos.	DIR-CA-01

COPIA CONTROLADA

	PLANEACIÓN ESTRATEGICA	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Definir la proyección organizacional mediante la formulación y control de los planes, programas y proyectos institucionales de manera que permitan operativizar el desarrollo de las actividades propias de la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús y garantizar el cumplimiento de la misión y visión con el uso correcto y eficiente de los recursos.	PN-CA-01

COPIA CONTROLADA

		GESTIÓN DE PROYECTOS	Garantizar la identificación, formulación, gestión de la financiación y ejecución controlada de proyectos de inversión (infraestructura, tecnología y dotación) que aseguren la mejora de la capacidad resolutiva de la ESE y el cumplimiento de los estándares de Habilitación.	PRY-CA-01

COPIA CONTROLADA

		COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	Garantizar la comunicación efectiva, oportuna y transparente, tanto interna como externa, para apoyar la gestión institucional, la promoción de la salud pública, la rendición de cuentas y la satisfacción de las partes interesadas, asegurando la alineación con los requisitos de MIPG y la normatividad legal aplicable.	COM-CA-01

COPIA CONTROLADA

		GESTION DE RIESGOS	Gestionar integralmente los riesgos institucionales mediante su identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento, con el fin de prevenir impactos negativos sobre los objetivos estratégicos, operativos y asistenciales de la E.S.E., fortaleciendo la toma de decisiones y la mejora continua institucional.	PGR-CA-01

COPIA CONTROLADA

	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	GESTIÓN DE CALIDAD	Mantener y mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad articulado al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud a través de acciones eficaces, pertinentes, seguras y efectivas para el mejoramiento continuo de los procesos y los objetivos institucionales	SGC-CA-01

COPIA CONTROLADA

		SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fortalecer el desarrollo e implementación del programa de seguridad del paciente institucional que favorezca en la institución una cultura de seguridad a través del conocimiento y educación a funcionarios, usuarios y familia en los conceptos de seguridad e identificación riesgos de manera que incida en la disminución de incidentes y eventos adversos, se favorezca el reporte no punitivo y análisis orientado a la mejora de los procesos de atención en salud en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E	SGP-CA-01

COPIA CONTROLADA

		GESTIÓN DE AUDITORIAS	Evaluar de forma programada, sistemática y continua los procesos de atención del Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E de tal forma que se identifique la existencia de incumplimientos en la prestación del servicio, y así de esta manera brindar retroalimentación a los servicios para la mejora	AUD-CA-01

COPIA CONTROLADA

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROPÓSITO	CARACTERIZACIÓN
MISIONALES	URGENCIAS	URGENCIAS	Garantizar la valoración oportuna del paciente y la realización de los procedimientos asistenciales necesarios para su estabilización inmediata, con el fin de preservar la vida y prevenir complicaciones derivadas de su condición de salud	URG-CA-01
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	REFERENCIA Y CONTRAREFERNECIA	Garantizar la atención oportuna, segura y continua de los pacientes mediante la gestión integral del proceso de referencia y contrarreferencia, coordinando el traslado asistencial hacia la institución o hacia otros niveles de complejidad según la condición clínica del paciente. Así mismo, asegurar la adecuada aceptación del paciente remitido por urgencias, articulando la comunicación con el CRUE, las IPS receptoras y las EAPB para facilitar el acceso oportuno a los servicios requeridos en salud.	RYC-CA-01

COPIA CONTROLADA

	ATENCIÓN AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA	Brindar atención en salud de manera integral y oportuna al paciente en el ámbito ambulatorio, ya sea en instalaciones intramurales o a través de jornadas de salud, garantizando la prestación de servicios conforme a las necesidades identificadas y a los lineamientos institucionales	CE-CA-01
	PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Garantizar la identificación, gestión y atención oportuna de los pacientes que requieren servicios de mayor o menor complejidad, mediante un proceso integral de coordinación entre niveles de atención que fortalezca la continuidad del cuidado, prevenga la progresión de la enfermedad y asegure intervenciones oportunas, seguras y basadas en las RIAS y en los protocolos institucionales. Así mismo, promover la educación individual y colectiva para facilitar el autocuidado, el reconocimiento de signos de alarma y la adecuada utilización de la red de servicios, contribuyendo al bienestar de las personas, las familias y la comunidad.	PYM-CA-01

COPIA CONTROLADA

MISIONALES	APOYO DIAGNÓSTICO	12. LABORATORIO CLÍNICO	Prestar el servicio de laboratorio clínico con calidad, de forma oportuna, segura, y accesible con el fin de orientar la toma de conductas clínicas que ayuden al diagnóstico del usuario.	ADX-CA-01
		13. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Prestar servicios de asignación, toma, reporte y entrega de resultados de imágenes diagnósticas, con calidad de forma precisa, oportuna, segura y accesible con el fin de orientar la toma de conductas clínicas que ayuden al diagnóstico del usuario	IDX-CA-01
	SOPORTE TERAPÉUTICO	14. REHABILITACIÓN FISICA Y RESPIRATORIA	Brindar atención integral, oportuna y segura en fisioterapia a los usuarios, mediante la aplicación de protocolos clínicos estandarizados, orientados a la recuperación, mantenimiento y mejora de la funcionalidad física y respiratoria , contribuyendo a la calidad de vida del paciente y al cumplimiento de los objetivos institucionales.	AT-CA-01

COPIA CONTROLADA

		15. SERVICIO FARMACÉUTICO	Suministrar medicamentos y dispositivos médicos, entregando la información necesaria a los usuarios y al personal asistencial sobre su uso adecuado, contribuyendo así al cumplimiento de la farmacoterapia; brindando atención farmacéutica a los pacientes y realizando con el equipo de salud, todas las intervenciones relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos necesarios	SFR-CA-01
		16. SERVICIO TRANSFUSIONAL	Asegurar la disponibilidad y oportunidad en la entrega de hemocomponentes con calidad y seguridad a los diferentes servicios que lo requieran para el tratamiento y complementación terapéutica de los pacientes.	STR-CA-01
	HOSPITALIZACIÓN	17. HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA Y ADULTOS	Garantizar la hospitalización segura y oportuna de los pacientes, conforme a la orden del médico tratante, asegurando la prestación de los cuidados, tratamientos y atenciones requeridas durante su estancia institucional.	HOS-CA-01

COPIA CONTROLADA

	QUIRÓFANO Y SALA DE PARTOS	18. CIRUGÍA	Brindar atención quirúrgica segura, oportuna y de calidad al usuario, mediante la adecuada planeación, ejecución y seguimiento del acto quirúrgico, garantizando la aplicación de protocolos clínicos, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los estándares de habilitación vigentes.	CX-CA-01C
MISIONALES		19. ATENCIÓN DEL PARTO	Brindar atención integral, segura, humanizada y con enfoque diferencial a la mujer gestante, al recién nacido y a su familia durante el trabajo de parto, parto y puerperio inmediato, garantizando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, normativos y de calidad vigentes, y la adecuada articulación con la red de servicios de salud.	CAP-CA-01
		20. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Establecer las condiciones de recepción, preparación, empaque, esterilización, almacenamiento y entrega de elementos, cumpliendo con los mecanismos de control, seguimiento y trazabilidad para garantizar procesos efectivos, seguros e íntegros con adecuados estándares de calidad	CES-CA-01

COPIA CONTROLADA

	SIAU	21. ATENCIÓN AL USUARIO	Garantizar una atención integral al usuario mediante la información oportuna sobre los servicios institucionales y los mecanismos de acceso, la organización eficiente de agendas y asignación de citas, la gestión adecuada de las solicitudes de valoración y acompañamiento por trabajo social, el análisis y respuesta oportuna de las PQRSF, la coordinación del procedimiento de evaluación de la satisfacción del usuario y el liderazgo en la implementación y despliegue de la política de participación social en salud.	SIAU-CA-01
	VIGILNCIA EN SALUD PÚBLICA	22. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Detectar, notificar, analizar y realizar seguimiento oportuno a los eventos de interés en salud pública, con el fin de prevenir, controlar y mitigar riesgos para la salud de la población, dando cumplimiento a la normatividad vigente del SIVIGILA y a los lineamientos nacionales y territoriales.	VSP-CA-01

COPIA CONTROLADA

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO	PROPÓSITO	CARACTERIZACIÓN
APOYO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	23. TALENTO HUMANO	Gestionar el talento humano, mediante la implementación de políticas, planes y programas que respondan a las necesidades y expectativas de los colaboradores a través de la vinculación efectiva y oportuna, el desarrollo de las competencias técnicas y blandas, el mejoramiento de la calidad de vida laboral, con el fin de lograr su crecimiento, la transformación cultural del Hospital y la consecución de los objetivos institucionales.	GTH-CA-01
		24. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Promover ambientes de trabajo seguros y saludables para colaboradores y partes interesadas, previniendo accidentes de trabajo y enfermedades laborales, a través de los controles implementados, mejora continua de la gestión que se mide a partir de los indicadores propios del proceso de seguridad y salud en el trabajo, en coherencia con la normatividad aplicable y otros requisitos que suscriba la organización.	SG-SST-CA-01

COPIA CONTROLADA

	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	25. GESTIÓN INFORMÁTICA	Administrar y mantener los recursos tecnológicos y sistemas de información institucionales (SIHOS, correo electrónico, red de datos), garantizando la confidencialidad, integridad, disponibilidad y autenticidad de la información para la eficiencia de los procesos asistenciales y administrativos. También busca proteger los datos sensibles y el patrimonio documental electrónico en cumplimiento de la normatividad legal aplicable y en el Marco del Gobierno Digital	GI-CA-01
		26. GESTIÓN DOCUMENTAL	Planificar, organizar, conservar, preservar y disponer adecuadamente los documentos físicos y electrónicos producidos y recibidos por la E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús, garantizando su integridad, autenticidad, confidencialidad, disponibilidad y acceso, en cumplimiento de la normatividad archivística, de transparencia y de protección de datos personales y los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS).	GD-CA-01

COPIA CONTROLADA

		27. ESTADÍSTICA	Garantizar depuración, validación y reporte oportuno, completo y con calidad de la información estadística asistencial, de facturación y de salud pública requerida por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) y entes de control (Ministerio, DANE, SIVIGILA) para la toma de decisiones estratégicas.	EST-CA-01
	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	28. ALMACÉN	Gestionar de manera oportuna y eficiente los insumos, suministros, y bienes devolutivos a través de la identificación y respuesta de las necesidades de la institución con el fin de mantener un ambiente físico seguro, humanizado y apropiado para la prestación de los servicios.	GRG-CA.01
		29. MANTENIMIENTO	Planear y ejecutar el mantenimiento de la infraestructura y dotación de la institución, en condiciones de funcionamiento seguro, eficiente y eficaz con el fin de que este sea de utilidad para la adecuada operación, y prestación de los servicios de salud que se brindan	MAN-CA-01

COPIA CONTROLADA

		31. APOYO LOGÍSITICO (Servicios Generales, Lavandería, Seguridad y Vigilancia)	Garantizar un ambiente físico seguro, limpio y funcional para la prestación de los servicios de salud, mediante la gestión eficiente de la limpieza, desinfección, el manejo integral de residuos, la ropa hospitalaria y la seguridad de las instalaciones, en cumplimiento con los estándares de Habilitación y bioseguridad	ALG-CA-01
	GESTION DE LA TECNOLOGIA	30. GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	Asegurar la gestión integral del ciclo de vida de la tecnología institucional —incluyendo su planeación, evaluación, selección, adquisición, incorporación, instalación, funcionamiento, mantenimiento, monitorización, control de riesgos y reposición— conforme a criterios de calidad, seguridad, trazabilidad y eficiencia. Esto con el fin de garantizar la disponibilidad, confiabilidad y desempeño seguro de los recursos tecnológicos que soportan los procesos asistenciales, contribuyendo a la seguridad del paciente, la continuidad del servicio y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.	GT-CA-01

COPIA CONTROLADA

	GESTIÓN AMBIENTAL	32. GESTIÓN AMBIENTAL	Promover el manejo eficiente de los recursos naturales que posibilita el desarrollo económico y social sostenible, a través de la promoción de la cultura ambiental y la ejecución de la política y programas ambientales que aseguren el cumplimiento legal, sanitario y ambiental de la ESE, promoviendo el uso eficiente de los recursos y la prevención/mitigación de los impactos ambientales generados por los servicios, contribuyendo a la seguridad del paciente, la seguridad y salud en el trabajo, y la sostenibilidad institucional	GA-CA-01
	GESTIÓN JURÍDICA	33. CONTRATACIÓN	Garantizar la adquisición oportuna y eficiente de bienes, obras y servicios (asistenciales, administrativos y de apoyo logístico) necesarios para el cumplimiento misional de la E.S.E., mediante la aplicación rigurosa de los principios de la contratación pública, la transparencia y el aseguramiento de la idoneidad de los contratistas.	CN-CA-01

COPIA CONTROLADA

		34. DEFENSA JURÍDICA	Gestionar los asuntos jurídicos administrativos y judiciales internos y externos de manera oportuna, eficaz y pertinente a través del trámite de los procesos de representación judicial y asesoría jurídica, en cumplimiento de la normatividad aplicable y en garantía de los intereses de la entidad.	GJ-CA-01
	GESTIÓN FINANCIERA	PRESUPUESTO	Controlar y evaluar los recursos presupuestados para el manejo de las diferentes dependencias de la empresa, en procura de lograr el cumplimiento de las metas previstas.	PRE-CA-01
		CONTABILIDAD	Elaborar y presentar estados financieros confiables, relevantes y oportunos que sirvan de herramienta para la toma de decisiones del Hospital Sagrado Corazón de Jesús E.S.E	CON-CA-01
		TESORERÍA	Lograr que el manejo de los dineros y títulos valores de la Institución cumplan con los principios de eficiencia, eficacia y equidad consagrados en la Constitución y la Ley	TES-CA-01

COPIA CONTROLADA

		FACTURACIÓN	Realizar la facturación y cobro de todos los servicios prestados a los pacientes, soportando el cobro de acuerdo a los requerimientos establecidos por cada Entidad o aseguradora	FAC-CA-01
		COSTOS	Determinar, analizar y controlar los costos de los servicios asistenciales y administrativos, garantizando información confiable y oportuna para la toma de decisiones, la sostenibilidad financiera y el mejoramiento continuo de la E.S.E.	COS-CA-01C
		CARTERA Y CONTRATACIÓN	Diseñar estrategias que permitan gestionar el cobro y recuperación de cartera e informar periódicamente los resultados de la gestión a los procesos pertinentes.	CAR-CA-01

COPIA CONTROLADA

		AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS	Asegurar que las cuentas médicas generadas por la E.S.E. se encuentren técnica, clínica, administrativa y contractualmente soportadas, mediante la verificación sistemática de los registros asistenciales, la correcta aplicación de tarifas y requisitos normativos, con el fin de disminuir devoluciones y glosas, garantizar la trazabilidad de la atención y contribuir a la sostenibilidad financiera de la institución.	ACM-CA-01

COPIA CONTROLADA

5.6 LIDERES DE PROCESOS

Una vez identificados los procesos y subprocesos con los que cuenta la institución, se definen los lideres de procesos quienes buscan como bien común el desarrollo de la organización, la prestación de servicios de salud con calidad y el bienestar de sus trabajadores.

Los lideres de procesos se caracterizan por ser profesionales con cualidades como la responsabilidad, el liderazgo, el respeto, el trabajo en equipo y la proactividad. En la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús para garantizar la implementación y sostenibilidad del Sistema de Gestión de Calidad se ha definido a los siguientes Lideres de procesos

PROCESO	LIDER DE PROCESO	SUBPROCESO
Direccionamiento Estratégico	Gerente	Gestión direccionamiento Estratégico
Planeación estratégica	Profesional de Planeación	Planeación Institucional
		Gestión de proyectos
		Comunicación Institucional
		Gestión de riesgos
Aseguramiento de la Calidad	Líder de Calidad	Gestión de Calidad
		Seguridad del Paciente
		Gestión de Auditorías
Urgencias	Líder de Urgencias	Urgencias
Referencia y contrareferencia	Líder de referencia y contrareferencia	Referencia y contrareferencia
Atención Ambulatoria	Líder de consulta externa	Consulta Externa

COPIA CONTROLADA

Promoción y Mantenimiento	Líder promoción y Mantenimiento	Promoción y Mantenimiento
Apoyo diagnóstico	Líder de laboratorio	Laboratorio Clínico
	Líder de Imágenes Diagnósticas	Imágenes Diagnósticas
Soporte Terapéutico	Líder Rehabilitación física y respiratoria	Rehabilitación física y respiratoria
	líder Servicio Farmacéutico	Servicio Farmacéutico
	Líder de laboratorio	Servicio Transfusional
Hospitalización	Líder de Urgencias	Hospitalización pediátrica y adultos
Quirófano y sala de partos	Líder de Sala de partos, quirófano	Cirugía
		Atención del parto
		Central de Esterilización
SIAU	Líder SIAU	Atención al usuario
Vigilancia de Salud Pública	Líder Vigilancia en Salud Púbica	Vigilancia de Salud Pública
Gestión de Talento Humano	Líder de talento humano	Talento Humano

CONTRO

	Líder de Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo	Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo
Gestión de la Información	Lider Gestión de la información	Gestión Informática
		Gestión Documental
		Estadística
Gestión de Recursos Físicos	Almacenista	Almacén
		Mantenimiento
		Apoyo Logístico
Gestión de la tecnología	Ingeniero biomédico	Gestión de Tecnología Biomédica
Gestión Ambiental	Líder Ambiental	Gestión Ambiental
Gestión Jurídica	Líder Jurídico	Contratación
		Defensa Jurídica
Gestión Financiera	Contador	Presupuesto
		Contabilidad
		Tesorería
		Facturación
		Costos
		Cartera y contratación
		Auditoría de cuentas médicas
Control Interno	Jefe de Oficina de Control Interno	Control Interno

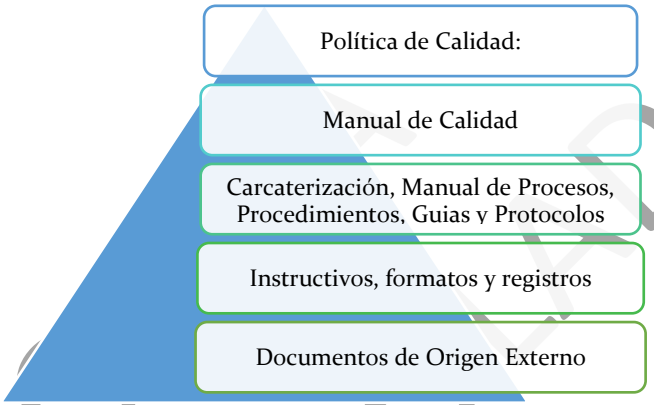
COPIA CONTROLADA

6. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

6.1 PIRAMIDE DOCUMENTAL

La pirámide documental es la estructura jerárquica de documentación del Sistema de Gestión de Calidad, que ayuda a garantizar que en cada proceso existan los documentos necesarios de acuerdo a las tareas que desempeñan, da mayor claridad y visibilidad al Sistema de Gestión de Calidad y ayuda a comprobar el logro de objetivos.

Teniendo en cuenta lo establecido en la norma ISO 9001 – 2015 la pirámide documental de la Institución está conformada por:



COPIA CONTROLADA

6.2 TIPOS DE DOCUMENTOS

El Sistema de Gestión de Calidad lo componen los siguientes documentos:

- **Caracterización de Procesos**: Documento que permite determinar la planificación de un proceso a través de la identificación de proveedores, entradas, actividades de transformación, salidas y clientes enmarcados en el ciclo PHVA.
- **Formato**: Documento diseñado para la recolección de información y que proporciona evidencia de una acción. Forma estándar requeridas para el registro de datos.
- **Guía**: Pautas de acción, esenciales ante un problema, establece recomendaciones, sugerencias u orientaciones sobre un tema específico.
- **Instructivo:** Documento de un servicio, área, producto o proceso, que brinda instrucciones específicas de trabajo, de operación o de uso. Documentos que sirven para describir cómo se ejecuta una actividad o tarea normalmente administrativa o de apoyo como instrucciones de uso del equipo, instrucciones de formatos entre otros.
- **Manual:** Paquete de varios documentos con una relación específica.
- **Planes**: Documento que contiene la descripción de las intenciones amplias, en cuanto a la necesidad de un área específica.

- **Procedimiento:** Forma específica de llevar a cabo una actividad o un proceso. Es recomendable que los procedimientos definan, como mínimo: quién hace qué, dónde, cuándo, por qué y cómo. Describe actividades específicas de un proceso y cubre varias áreas de la organización
- **Programa:** Son documentos escritos que definen con claridad los objetivos de una organización y describe los métodos que se van a emplear para alcanzar dichos propósitos. Documento que contiene la secuencia de actividades y la asignación de recursos necesarios para llevar a cabo un plan.
- **Protocolo**: Documentos que sirven para describir la metodología para la ejecución de una determinada actividad o tarea normalmente de tipo asistencial.
- **Registro**: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas

Las guías de práctica clínica no harán parte del Sistema de Gestión de Calidad, debido a que la Institución adoptará mediante acto administrativo las establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social u otras organizaciones, asociaciones o colegiaturas que ya cuenten con evidencia científica.

COPIA CONTROLADA

6.3 REQUISITOS LEGALES

La institución como prestadora de servicios de salud debe dar cumplimiento a los requisitos legales establecidos en la normatividad vigente especialmente los descritos en el Decreto 1876 de 1.994, la Ley 872 de 2003, el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 256 de 2016, la Resolución 3100 de 2019, la Resolución 5095 de 2018, la Resolución 1328 de 2019 entre otras.

6.4 PASOS PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

Todos los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad deben cumplir con las siguientes fases.

Elaboración: Documentación de un proceso o acción que se presenta de forma preliminar.

Revisión: Acción en donde se verifica la adecuación de los documentos para que sean versión inicial.

Aprobación: Aceptación de un documento que garantice su aplicación desde el punto de vista del cumplimiento y coherencia con el Sistema de Gestión de Calidad.

Publicación: Es el proceso que permite dar a conocer un documento.

Distribución: Es la actividad por medio de la cual un documento aprobado se entrega a los interesados para su aplicación.

Modificación: Mecanismo a través del cual se realizan cambios necesarios en los documentos. Pueden ser de forma o de fondo.

6.5 REQUISITOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

● Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad deben estar redactados de manera impersonal, ser entendibles por sí solos, sin errores ortográficos, gramaticales y de redacción.
● Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad deben adherirse a las directrices establecidas en el presente procedimiento.
● Cuando en un documento se utilicen siglas, estas deben quedar claramente descritas en el mismo.
● Todo documento del Sistema de Gestión de Calidad debe ser revisado, aprobado y controlado antes de su socialización y divulgación por el área de calidad. Para lo cual se imprime la primera hoja del documento, se firma por los responsables y se escanea para luego adjuntarla en medio magnético al resto del documento, el cual es guardado en formato PDF. La hoja con las firmas se guarda en la carpeta de documentos aprobados del SGC.
● En la oficina de Auditoría de Calidad, reposarán los documentos originales.
● Los documentos aprobados de cada proceso se disponen en medio magnético en formato PDF en el computador institucional del líder de cada proceso.
● Todo documento y registro del Sistema de Gestión de Calidad se registra en el listado maestro de documentos y registros.
● Los documentos vigentes del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, se identifican con la marca de agua “Copia controlada”, ubicada diagonalmente en la parte central de cada hoja.
● La actualización de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se realiza cada tres años o antes si los cambios de procesos, normativos, estructurales o de tecnología lo requieren.
● En la actualización documental trabajarán de manera conjunta los líderes de procesos y auditoria de calidad.

COPIA CONTROLADA

6.6 DEFINICIÓN DE CONTENIDO

A continuación, se describe la definición de los contenidos que llevarán los documentos

Objetivo: Describe el propósito que tiene el documento con relación a las actividades que describe y a la información que contiene.

Alcance: Describe las instancias, dependencias y personal que cubre o abarca el documento en relación a las actividades y a la información que contiene. Describe su inicio y su final.

Talento Humano Responsable: Persona o grupo de personas responsables de cumplir con las directrices y lineamientos dados en el documento.

Equipos Biomédicos y Dispositivos: Describe los equipos biomédicos y los dispositivos que se utilizan en el proceso.

Medicamentos e Insumos: Describe los medicamentos e insumos que se requieren para la realización del proceso o procedimiento.

Recursos Tecnológicos: Recursos tecnológicos que se requieren o se utilizan en el proceso.

Definiciones: Es una lista ordenada de los términos utilizados en el proceso y su significado, con el fin de estandarizar conceptos.

Metas: Pasos que se deberán dar para alcanzar un objetivo.

Marco conceptual: Explica de manera organizada el cómo y el porqué de la realización de un documento y el cómo entendemos sus actividades

Evaluación de necesidades (diagnóstico): Descripción del análisis riguroso de los procesos existentes que permita identificar carencias y potenciales áreas de mejora.

Población objetivo: Definición del grupo al que se le quiere ofrecer un servicio.

Estrategias: Es el conjunto de acciones que se implementarán en un contexto determinado con el objetivo de establecer un fin propuesto.

Plan de Acción: Gráfica cuyo eje de abscisas está dividido en fracciones cronológicas (días, semanas, meses, años), de modo que registre las variaciones en el curso del tiempo de un hecho, representado en el eje de coordenadas

Desarrollo: Es la descripción de las actividades o pasos relacionados o que interactúan entre sí en el proceso, involucrando recursos (físicos, humanos, entre otros). Para este criterio se puede utilizar la descripción de las actividades la forma narrativa en la cual se expresen los pasos consecutivos de dicha actividad o mediante un cuadro.

Evaluación: Se describe el método sistemático utilizado para obtener información y determinar el grado de eficacia y eficiencia, de la actividad, con el fin de hacer seguimiento a la actividad.

Beneficios: Descripción de las ventajas obtenidas al llevar a cabo dicho proyecto o plan

Riesgos: Relación de las posibles fallas que se pueden presentar al incumplir con lo descrito en el documento (procedimiento o protocolo)

Puntos de control: Son las medidas preventivas que permiten eliminar o reducir el riesgo a un nivel soportable.

Marco normativo o legal: Conjunto general de normas, criterios, metodologías, lineamientos y sistemas, que establecen la forma en que deben desarrollarse las acciones para alcanzar los objetivos propuestos en el proceso

Bibliografía: Listado ordenado de las fuentes bibliográficas que fueron consultadas para la elaboración de los documentos.

Anexos: Listado de formatos, gráficos, imágenes, entre otros que hacen parte del documento.

COPIA CONTROLADA

6.7 PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN O ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

Para la creación, actualización o eliminación de documentos del Sistema de Gestión de Calidad, la Institución ha establecido el siguiente procedimiento:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SOPORTE
Identificar la necesidad de documentar, actualizar o eliminar un proceso o procedimiento e informar al Líder del proceso.	Trabajador	Requerimiento al líder del proceso por correo electrónico
Evaluar y analizar la necesidad de creación, modificación o eliminación de documento.	Líder del Proceso.	N.A
Comunicar al trabajador la aprobación o negación respecto a la creación, actualización o eliminación del documento.	Líder del Proceso.	Correo Electrónico.
El trabajador o Líder del proceso se encarga de crear el documento. Si lo que se requiere es actualizar el documento, se debe solicitar el documento original editable al Líder del Sistema de Gestión de Calidad.	Trabajador o Líder del Proceso	N.A.
Enviar el documento por correo electrónico al Líder del Sistema de Gestión de Calidad.	Líder del Proceso	Correo Electrónico
Revisar, ajustar y codificar el documento. Registrar en el Listado Maestro de Documentos y Registros.	Líder del Sistema de Gestión de Calidad	Documento y Listado Maestro de Documentos y Registros.
Socializar el documento con los procesos interesados	Líder del Proceso – Líder del Sistema de Gestión de Calidad.	Registro de Asistencia.

6.8 POLÍTICA DE CERO PAPEL

En concordancia con el compromiso ambiental que tiene la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús frente al uso eficiente de los recursos, se establece que los documentos del Sistema de Gestión Documental estarán dispuestos en medio magnético y solamente se imprimirán cuando la situación lo requiera.

6.9 DOCUMENTOS ORIGINALES

Los documentos originales que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad se guardan en medio magnético en el computador del Líder del Sistema de Gestión de Calidad en el disco local D, carpeta Sistema de Gestión de Calidad.

6.10 BACKUP O COPIAS DE SEGURIDAD

Mensualmente el Líder del Sistema de Gestión de Calidad realizará la copia de seguridad de la carpeta: Sistema de Gestión de Calidad, que contiene los documentos originales que hacen parte del sistema, los cuales se guardan en el disco duro extraíble del Sistema de Gestión de Calidad, que permanece bajo la custodia del líder del sistema.

COPIA CONTROLADA

6.11 FORMATO DE PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Con el fin de estandarizar la presentación de los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad la institución define los siguientes lineamientos de forma y estilo documental:

TIPO DE LETRA Y TAMAÑO: Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se elaboran en papel tamaño carta, margen normal, letra tipo Arial, tamaño 10, espacio entre líneas y párrafos de 1.15

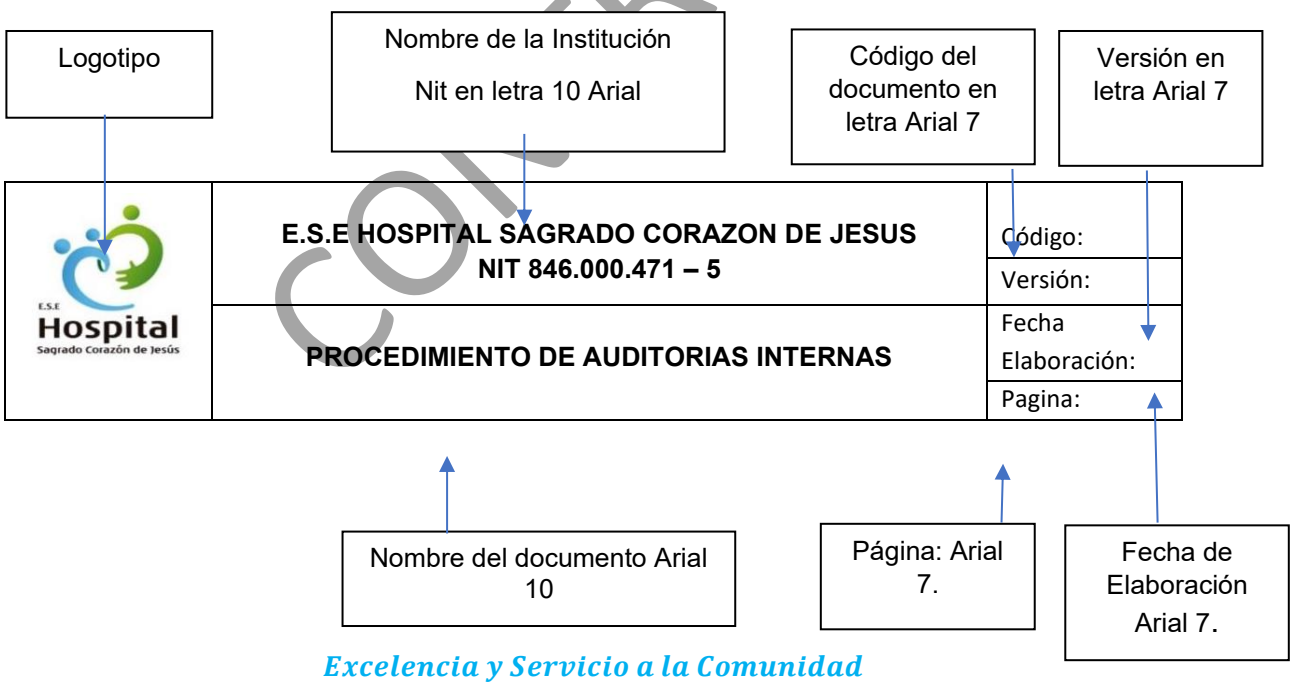
TÍTULOS DE DOCUMENTOS: El título principal del documento va en la primera hoja en tamaño 24, centrado y en negrita. Los títulos que van en el contenido del documento van en tamaño 10, alineados a la izquierda, justificado y en negrita.

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Cada documento se identifica con su nombre completo iniciando por el tipo de documento, por ejemplo: Manual, protocolo o procedimiento seguido de la actividad que describe.

MARCA DE AGUA: Todo documento que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad lleva el mensaje de Copia Controlada en marca de agua, que se ubica de forma diagonal en cada hoja.

ENCABEZADO: Los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad deberán contener, de manera uniforme, la información definida para su identificación y control documental. Asimismo, todos los anexos deberán conservar el mismo encabezado del documento principal o documento madre, garantizando su correcta identificación, trazabilidad y coherencia dentro del sistema documental.

COPIA CONTROLADA



PIE DE PÁGINA: Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad llevaran en el pie de página, el lema, la dirección, contacto, página web, correo institucional y municipio.

El lema va escrito en tipo de letra magneto tamaño 11, color azul y los otros datos en letra arial tamaño 8.

CONTROL DEL DOCUMENTO: El control del documento hace referencia al control de las personas que elaboraron, revisaron y aprobaron el documento. El control del documento lleva nombre, firma y cargo de la persona responsable.

El control del documento se ubica en la parte final de la primera hoja.

Elaboración: El documento lo elabora la persona que tiene el conocimiento técnico y maneja de forma clara y precisa el procedimiento, puede ser un funcionario o el Lider de área o proceso.

Revisión: La revisión de cada documento la realiza el Líder del Sistema de Gestión de Calidad, quien analiza el contenido, su forma y estructura.

Aprobación: La aprobación del documento la realiza el Gerente de la Institución.

Cuando los documentos son elaborados por el Asesor del Sistema de Gestión de Calidad, quien revisa y aprueba los documentos es el gerente.

Cuando los documentos son elaborados por el Auditor de Calidad los revisa el Asesor Sistema de Gestión de Calidad y los aprueba el gerente.

Los documentos transversales del Sistema de Gestión de Calidad como Manual de Procesos y Procedimientos y Manual de Calidad son revisados por gerencia y aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (firma el presidente del comité).

Cuando el documento es elaborado por el Lider del proceso el control de documentos lleva tres casillas:

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE			
FIRMA			
CARGO			

COPIA CONTROLADA

Excelencia y Servicio a la Comunidad
Dirección: Barrio la Parker vía el Rosal Celular: 3108379335 - 3182528532
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: gerencia@hospitalhormiga.gov.co
La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

Cuando el documento es elaborado por un funcionario el control del documento lleva cuatro casillas en la primera firma quien lo elabora en la segunda casilla firma quien realiza la revisión tecnica (Lider de proceso), en la tercera casilla quien revisa estructura y forma (líder del Sistema de Gestión de Calidad) y en la cuarta casilla quien aprueba (gerencia)

	ELABORÓ	REVISÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE				
FIRMA				
CARGO				

CONTROL DE CAMBIOS: El Control de cambios describe las veces que el documento ha sido modificado o actualizado. Cada vez que el documento sea modificado éste genera una nueva versión y se debe describir la fecha y cuál fue la modificación o el cambio realizado.

Cuando a un documento se le realiza una actualización significativa en su nombre, codificación, objetivo, alcance, desarrollo, eliminación, adición o modificación de actividades, proveedores, entradas, actividades, salidas etc; procede el cambio de versión.

Los cambios de los documentos se registran en el listado maestro de documentos.

El control de cambios se ubica en la última página del documento.

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	DISTRIBUIDO A

COPIA CONTROLADA

6.12 ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS

En la estandarización de los documentos la institución define que según el tipo de documento tendrán un contenido específico, de la siguiente manera:

MANUAL
1. Objetivo
2. Alcance
3. Talento Humano Responsable
4. Equipos Biomédicos y Dispositivos (si aplica)
5. Medicamentos e Insumos (si aplica)
6. Recursos Tecnológicos (si aplica)
7. Definiciones
8. Desarrollo
9. Riesgos

MANUAL
10. Puntos de Control
11. Marco Normativo
12. Bibliografía
13. Anexos (si aplica)

PROTOCOLO
1. Objetivo
2. Alcance
3. Talento Humano Responsable
4. Equipos Biomédicos y Dispositivos (si aplica)
5. Medicamentos e Insumos (si aplica)
6. Recursos Tecnológicos (si aplica)
7. Definiciones
8. Desarrollo
9. Riesgos
10. Punto de Control
11. Marco Normativo
12. Bibliografía
13. Anexos (si aplica)

PROCEDIMIENTO
1. Objetivo
2. Alcance
3. Talento Humano Responsable
4. Equipos Biomédicos y Dispositivos (si aplica)
5. Medicamentos e Insumos (si aplica)
6. Recursos Tecnológicos (si aplica)
7. Definiciones
8. Desarrollo
9. Riesgos
10. Punto de Control
11. Marco Normativo
12. Bibliografía
13. Anexos (si aplica)

COPIA CONTROLADA

PROGRAMA
1. Objetivo
2. Alcance
3. Talento Humano Responsable
4. Equipos Biomédicos y Dispositivos (si aplica)
5. Medicamentos e Insumos (si aplica)
6. Recursos Tecnológicos (si aplica)
7. Metas
8. Definiciones
9. Marco Conceptual
10. Evaluación de Necesidades
11. Población Beneficiada
12. Desarrollo (Estrategias, Líneas de acción, acciones)
13. Plan de Acción
14. Evaluación
15. Beneficios
16. Marco Normativo
17. Bibliografía
18. Anexos (si aplica)

PLAN
1. Objetivo
2. Alcance
3. Talento Humano Responsable
4. Recursos Tecnológicos (si aplica)
5. Metas
6. Definiciones
7. Estrategias
8. Presupuesto
9. Plan de Acción
10. Evaluación
11. Anexos (si aplica)

POLITICA
1. Introducción
2. Objetivo general
3. Objetivos específicos
4. Alcance

COPIA CONTROLADA

POLITICA
1. Introducción
5. Manifestación
6. Términos y definiciones
7. Marco normativo
8. Desarrollo de la Política
9. Seguimiento y evaluación
10. Plan de Acción – presupuesto – Indicadores
11. Bibliografia
12. Anexos (si aplica)

INSTRUCTIVO
1. Objetivo
2. Talento Humano Responsable
3. Equipos Biomédicos y Dispositivos (si aplica)
4. Medicamentos e insumos (si aplica)
5. Recursos Tecnológicos (si aplica)
6. Desarrollo

FORMATO
1. Fecha
2. Proceso:
3. Responsable
4. Actividad
5. Datos que se requieran según el formato.

COPIA CONTROLADA

6.13 CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

El Sistema de Gestión de la Calidad se soporta en sus procesos documentados, los cuales describe las formas de operar de la institución, por ello se debe controlar los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad a través de un código único asignado a cada documento.

La norma ISO 9001: 2015 establece que: «Todos los documentos requeridos por el sistema de gestión de calidad deben ser controlados». Para que el sistema sea eficiente se debe evitar la burocracia documental, es decir la creación de documentos y procedimientos innecesarios.

La codificación de los documentos permite llevar el control de los mismos dentro del Sistema de Gestión de Calidad, para ello el Líder del Sistema de Gestión de Calidad asigna un código alfanumérico, único para cada documento, el cual se compone de la siguiente manera:

1. Sigla del Proceso que Genera el Documento
2. Sigla del Tipo de Documento
3. Número Consecutivo del Documento, según el tipo de documento.

En el caso de las **políticas institucionales**, estas serán generadas y administradas desde el proceso de **Direccionamiento Estratégico**, debido a que representan lineamientos generales que orientan la gestión institucional, establecen directrices para la actuación de los diferentes procesos y permiten la alineación con la misión, visión, objetivos estratégicos y requisitos normativos aplicables.

Por lo anterior, todas las políticas institucionales tendrán como referencia documental el código correspondiente al proceso de **Direccionamiento Estratégico**, independientemente del área o proceso donde posteriormente sean implementadas.

6.13.1 PROCESOS QUE GENERAN DOCUMENTOS

En la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús cada proceso genera sus documentos, según los requisitos y las necesidades de cada servicio, rigiéndose por la normatividad vigente. Para identificar el subproceso que genera el documento se genera un código alfabético único por subproceso, el cual se describe a continuación:

PROCESO	SUBPROCESO		SIGLA
Control Interno	1	Control Interno	CI
Direccionamiento estratégico	2	Gestión de direccionamiento estratégico	DIR
Planeación	3	Planeación Institucional	PN
	4	Gestión de proyectos	PRY
	5	Comunicación Institucional	COM
	6	Gestión de riesgos	PGR
Aseguramiento de la Calidad	7	Gestión de Calidad	SGC
	8	Seguridad del Paciente	SGP
	9	Gestión de Auditorías	AUD
Urgencias	10	Urgencias	URG
Referencia y Contrareferencia	11	Referencia y Contrareferencia	RYC
Atención Ambulatoria	12	Consulta Externa	CE
Promoción y Mantenimiento	13	Promoción y Mantenimiento	PYM
Apoyo Diagnóstico	14	Laboratorio Clínico	ADX
	15	Imágenes Diagnósticas	IDX

COPIA CONTROLADA

Soporte Terapéutico	16	Rehabilitación física y respiratoria	AT
	17	Servicio Farmacéutico	SFR
	18	Servicio Transfusional	STR
Hospitalización	19	Hospitalización pediátrica y adultos	HOS
Quirófano y sala de partos	20	Cirugía	CX
	21	Atención del parto	CAP
	22	Central de Esterilización	CES
Sistema de Información y Atención al Usuario	23	Atención al usuario	SIAU
Vigilancia en Salud Pública	24	Vigilancia de Salud Pública	VSP
Gestión de Talento Humano	25	Talento Humano	GTH
	26	Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo	SG-SST
Gestión de Información	27	Gestión Informática	GI
	28	Gestión Documental	GD
	29	Estadística	EST
Gestión de Recursos Físicos	30	Almacén	GRC
	31	Mantenimiento	MAN
	32	Apoyo Logístico	ALG
Gestión de la tecnología	33	Gestión de Tecnología Biomédica	GT
Gestión Ambiental	34	Gestión Ambiental	GA
Gestión Jurídica	35	Contratación	CN
	36	Defensa Jurídica	GJ
Gestión Financiera	37	Presupuesto	PRE
	38	Contabilidad	CON
	39	Tesorería	TES
	40	Facturación	FAC
	41	Costos	COS
	42	Cartera y contratación	CAR
	43	Auditoría de cuentas médicas	ACM

COPIA CONTROLADA

NOTA: Los cambios de codificación de los documentos a que haya lugar, se realizarán en la medida en que se tramiten nuevas solicitudes, de acuerdo con el ajuste del mapa de procesos y con lo establecido en el presente ítem y empezarán a regir a partir de la fecha de cambio y aprobación del presente manual.

6.13.2 CODIFICACIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

Para identificar el tipo de documento la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús establece el siguiente código alfabético:

TIPO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION
Caracterización	CA
Manual	M
Protocolo	PT
Procedimiento	PR
Programa	PG
Plan	PL
Guía	G
Instructivo	I
Formato	F
política	PO
Otros documentos	OD

COPIA CONTROLADA

Luego de la codificación se registra el numero consecutivo del documento, dependiendo del tipo del documento, iniciando en 01.

Por lo tanto, la codificación alfanumérica de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad será en primer lugar la sigla del proceso que lo generó seguido de un guion al medio, luego la sigla del tipo de documento, seguido de guion al medio y finalmente el número consecutivo (según el tipo de documento). Ejemplo:

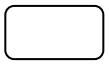
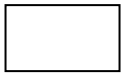
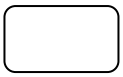
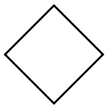
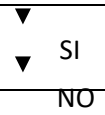
Manual de procesos y procedimientos	**SGC-M-01**

Cuando un documento contenga formatos, éstos se codifican con el código del documento más la letra F y el consecutivo del formato iniciando con el numero 1 hasta el número que se requiera.

Listado Maestro de Documentos y Registros.	**SGC-M-01-F1**

6.14 FLUJOGRAMA O DESCRIPCIÓN GRAFICA DE LAS ACTIVIDADES

Cuando un documento del Sistema de Gestión de Calidad requiera un apoyo gráfico del procedimiento para una mejor comprensión, se utilizan las siguientes convenciones:

CONVENCIÓN	SIGNIFICADO	DESCRIPCIÓN
	Entradas – Salidas	En su interior debe ir el procedimiento, la actividad o información que da la entrada o salida al mismo proceso que se describe. Siempre deberá iniciar con la palabra Inicio y finalizar con la palabra Fin.
	Actividad	Simboliza una acción representativa del proceso o procedimiento.
	Actividad	Comprende las acciones realizadas por sistemas automatizados o aplicativos informáticos.
	Rol o Dependencia	En su interior debe ir el cargo del funcionario que ejecuta la actividad y la dependencia a la cual pertenece. Estos símbolos deberán ir ubicados al costado izquierdo de los Flujogramas.
	Procedimiento Predeterminado	Utilizado para indicar que la actividad continúa o viene de un procedimiento predeterminado, de igual manera documentado. Este procedimiento puede pertenecer a un proceso de otra área ajena a la que se está documentando.
	Decisión	Genera un interrogante o una toma de decisión. Debe contener la pregunta específica y sus correspondientes rutas de salida (si, no).
	Conector de actividad	Indica que la secuencia continúa en otra sección de la página, evitando el cruce entre líneas, contiene un número entero que debe ser común en los dos círculos que conectan las actividades.
	Conector entre Páginas	Permite mantener la secuencia de operación entre páginas diversas, cuando el flujograma ocupa más de una página, por su complejidad de diagramación. Presenta un número entero secuencial (que inicia en 1), de acuerdo a las conexiones que se presenten en el proceso o procedimiento
	Indicador de Secuencia	Señala el origen y destino de la relación entre actividades. Se utiliza también para señalar la

COPIA CONTROLADA

CONVENCIÓN	SIGNIFICADO	DESCRIPCIÓN
		respuesta a los símbolos de decisión, acompañándolos por las palabras sí o no según corresponda.

6.15 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

El Listado Maestro de Documentos y Registros contiene los documentos controlados que hacen parto del Sistema de Gestión de Calidad, el cual describe el proceso que genera el documento, el nombre del documento, el código, la fecha de presentación, la fecha de aprobación, formatos, código y versión. El formato “Listado Maestro de Documentos y Registros” se identifica con código: SGC-PR-01-F1

El registro, control y custodia del Listado Maestro de Documentos y Registros es responsabilidad del Líder del Sistema de Gestión de Calidad.

6.17 DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se distribuyen de manera magnética en formato PDF a los Lideres de procesos y a todo el personal a través del Plan Institucional de Capacitación. La distribución de los documentos es responsabilidad del Líder del Sistema de Gestión de Calidad.

6.18. DOCUMENTOS OBSOLETOS

Los documentos obsoletos se guardan magnéticamente dentro de la carpeta Sistema de Gestión de Calidad, carpeta Documentos Obsoletos.

Los documentos obsoletos impresos se microfilman y se guardan en la carpeta de Documentos Obsoletos para luego llevarlos hasta archivo central.

6.19. PROCEDIMIENTO DE FORMA Y ESTILO

En el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad la Institución organiza su proceso de gestión documental y con ello la estandarización de los formatos y el estilo utilizado en los registros de las actividades más frecuentes desarrolladas por la E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía Técnica Colombiana GTC 185: Documentación Organizacional.

La finalidad del procedimiento de Forma y Estilo es normalizar el orden y las partes de cada tipo de documento, según el estilo y la presentación establecido en el procedimiento de elaboración y control documental.

6.19.1 GENERALIDADES

Para la elaboración de los Oficios, Circulares, Actas, Registro de Asistencia, Memorandos, e Informes se utilizarán los formatos prediseñados y que hacen parte del presente documento.

COPIA CONTROLADA

En concordancia con la política de cero papel, los documentos que requiera imprimirse serán impresos por ambas caras del papel.

Los documentos serán elaborados en tamaño carta, letra tipo arial tamaño 10 e interlineado de 1.15.

Los documentos se realizan en márgenes normales

Los documentos serán firmados con bolígrafo de tinta negra, no se debe utilizar esferos de tinta mojada o de color.

Toda correspondencia, tanto interna como externa (oficios, circulares, memorandos) debe llevar el nombre de la persona que elaboró, revisó y aprobó, seguido del cargo y la firma.

El contenido de los documentos debe redactarse en forma clara, precisa y concreta, usando trato respetuoso y cortés.

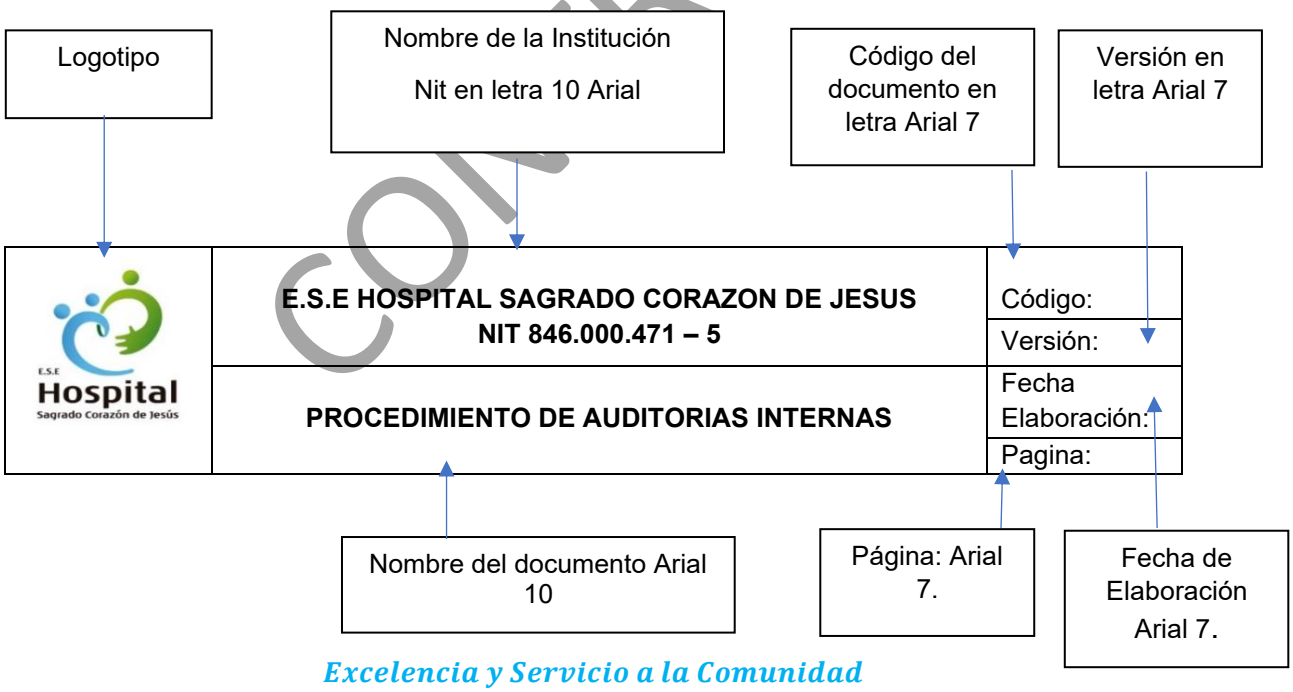
Los documentos se deben redactar de forma impersonal, de forma singular o plural.

El texto se debe distribuir de acuerdo a su extensión.

6.19.2 ENCABEZADO:

Los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad llevaran de manera uniforme la siguiente información en su encabezado

COPIA CONTROLADA



6.19.3 PIE DE PÁGINA:

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad llevaran en el pie de página, centrado, el lema, la dirección, contacto, página web, correo institucional y municipio.

El lema va escrito en tipo de letra magneto tamaño 11, color azul y los otros datos en letra arial tamaño 8.

Excelencia y Servicio a la Comunidad
Dirección: Barrio la Parker vía el Rosal Celular: 3108379335 - 3182528532
www.hospitalhormiga.gov.co - Email: gerencia@hospitalhormiga.gov.co
La Hormiga - Valle del Guamuez – Putumayo

6.19.4 OFICIO:

El oficio es un documento o comunicación escrita de carácter netamente oficial, utilizado por las autoridades o funcionarios de las diferentes dependencias públicas o privadas. El oficio tiene los siguientes usos:

- Informar sobre un hecho, expresar necesidades o hacer solicitudes
- Regular o aclarar una situación
- Tramitar, desarrollar o agilizar un asunto
- Dar respuesta a una comunicación recibida
- Reiterar una información, un requerimiento o solicitud urgente
- Solicitar detalles sobre un asunto determinado
- Impugnar o corregir una situación
- Confirmar eventos ocurridos o pendientes.

Partes del Oficio:

Para la elaboración de los oficios la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús ha implementado el formato: Oficio identificado con código: SGC-PR-02-F1

Lugar y Fecha: En este espacio se escribe el municipio Valle del Guamuez y la fecha con día, mes y año.

Código: Todos los oficios llevan un código, cuando el oficio se dirige a nivel externo lleva la sigla del proceso que lo genera, seguido de las letras OE que significan Oficio Externo, seguido del número consecutivo. El control del consecutivo lo lleva el Lider de cada proceso.

Cuando los oficios son internos llevan la sigla del proceso que lo genera seguido de OI, que quiere decir oficio interno y el número consecutivo, por ejemplo:

Para escribir el código se da un espacio luego de lugar y fecha. El código se escribe al lado derecho de la hoja.

COPIA CONTROLADA

Los códigos de los procesos que generan oficios son:

PROCESO	SUBPROCESO		SIGLA
Control Interno	1	Control Interno	CI
Direccionamiento estratégico	2	Gestión de direccionamiento estratégico	DIR
Planeación	3	Planeación Institucional	PN
	4	Gestión de proyectos	PRY
	5	Comunicación Institucional	COM
	6	Gestión de riesgos	PGR
Aseguramiento de la Calidad	7	Gestión de Calidad	SGC
	8	Seguridad del Paciente	SGP
	9	Gestión de Auditorías	AUD
Urgencias	10	Urgencias	URG
Referencia y Contrareferencia	11	Referencia y Contrareferencia	RYC
Atención Ambulatoria	12	Consulta Externa	CE
Promoción y Mantenimiento	13	Promoción y Mantenimiento	PYM
Apoyo Diagnóstico	14	Laboratorio Clínico	ADX
	15	Imágenes Diagnósticas	IDX
Soporte Terapéutico	16	Rehabilitación física y respiratoria	AT
	17	Servicio Farmacéutico	SFR
	18	Servicio Transfusional	STR
Hospitalización	19	Hospitalización pediátrica y adultos	HOS
Quirófano y sala de partos	20	Cirugía	CX
	21	Atención del parto	CAP
	22	Central de Esterilización	CES
Sistema de Información y Atención al Usuario	23	Atención al usuario	SIAU
Vigilancia en Salud Pública	24	Vigilancia de Salud Pública	VSP
	25	Talento Humano	GTH

COPIA CONTROLADA

Gestión de Talento Humano	26	Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo	SG-SST
Gestión de Información	27	Gestión Informática	GI
	28	Gestión Documental	GD
	29	Estadística	EST
Gestión de Recursos Físicos	30	Almacén	GRC
	31	Mantenimiento	MAN
	32	Apoyo Logístico	ALG
Gestión de la tecnología	33	Gestión de Tecnología Biomédica	GT
Gestión Ambiental	34	Gestión Ambiental	GA
Gestión Jurídica	35	Contratación	CN
	36	Defensa Jurídica	GJ
Gestión Financiera	37	Presupuesto	PRE
	38	Contabilidad	CON
	39	Tesorería	TES
	40	Facturación	FAC
	41	Costos	COS
	42	Cartera y contratación	CAR
	43	Auditoría de cuentas médicas	ACM

COPIA CONTROLADA

Destinatario: El destinatario es la persona a quien va dirigido el oficio, registrando el nombre completo, el cargo y la ciudad. Si no es posible obtener el nombre del funcionario específico se escribe el nombre del servicio o dependencia. Para escribir el destinatario se dan dos espacios luego del código. El nombre del destinatario se escribe en mayúsculas.

Asunto: Se escribe la palabra asunto, con la primera letra en mayúscula, dos puntos, sin negrilla y sin subrayar. Para escribir el asunto se da dos espacios después del remitente. En el asunto se describe de manera general el tema del oficio.

Cuerpo del oficio: Es importante redactar el cuerpo del documento en forma clara, breve, directa, sencilla y cortés.

Datos del remitente: El nombre completo del remitente se escribe en mayúsculas, en negrillas. En el siguiente renglón se escribe el cargo. Los datos van centrados.

Datos de quien elaboró y revisó: En la última parte del oficio se escribe la persona que elaboró y revisó, junto con el cargo y la firma. El tamaño de letra es arial 8.

6.19.5 CIRCULAR:

La circular es la comunicación escrita de interés común, con el mismo contenido o texto, dirigida a un grupo específico de personas tanto interna como externamente. La circular solamente se emite desde gerencia. Para estandarizar la forma de presentación de las circulares la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con el formato Circular, identificado con código: SGC-PR-02-F2, el cual se compone de las siguientes partes:

Circular No: Numero Consecutivo de la circular.

De: Gerencia

Para: funcionarios o procesos para quienes va dirigida la circular

Asunto: Tema a tratar

Saludo: Expresión de saludo

Motivo de la Circular: Describe cual es el motivo de la circular, si se requiere reunir al personal se debe registrar la fecha, la hora y el lugar.

Nombre del Remitente: Persona responsable de la elaboración de la circular.

Datos de quien elaboró: En la última parte del oficio se escribe la persona que elaboró y el cargo. El tamaño de letra es arial 8.

6.19.6 ACTA DE REUNIÓN:

Documento escrito que contiene lo sucedido, tratado y acordado en una reunión o situación específica. El acta es un documento que adquieren valor administrativo, legal, jurídico e histórico desde el momento de su creación.

Las actas se redactan en tiempo pasado, excepto las de descargo que deben redactarse en tiempo presente.

Existen varias clases de actas entre las cuales se destacan:

- Actas de Comités
- Actas de Junta Directiva
- Actas de Reuniones
- Actas de Baja de Inventarios, etc.
- Actas de Entrega
- Actas de Empalme

Para la estandarización de la forma y estilo del acta de reunión la E.S.E cuenta con el formato de Acta de Reunión, identificado con código: SGC-PR-02-F3, la cual se compone de las siguientes partes:

COPIA CONTROLADA

Actividad: Motivo con el cual se convoca a los participantes. Toda acta debe llevar el nombre del grupo que se reúne.

Número: Consecutivo de la actividad cuando aplique.

Lugar y Fecha: Lugar y fecha (DD, MM, AAAA) en donde se realiza la reunión.

Responsable: Persona encargada de convocar y liderar la reunión.

Objetivo: Finalidad con la que se convoca a la reunión.

Agenda: Programación de la reunión

Desarrollo: Temas tratados durante la reunión, se debe aclarar si el carácter de la reunión es ordinario o extraordinario. Cada acta que se elabora debe expresar lo tratado en una reunión o situación específica, sin describir detalles intrascendentes.

Las actas se redactan en tiempo pasado, excepto las de descargo que deben redactarse en tiempo presente. Ningún párrafo debe iniciarse con gerundio.

Se recomienda no redactarlas con lenguaje telegráfico; tampoco deben presentar errores técnicos, ortográficos, gramaticales ni de puntuación.

Los párrafos deben ser concisos, claros y con énfasis en las decisiones tomadas. Sin embargo, por solicitud expresa de algún participante, se anotan las discrepancias o aclaraciones necesarias.

Cuando haya lugar a votaciones, se indica el número de votos emitidos a favor, en contra y en blanco. En caso de nombramientos, se registran los resultados y los nombres completos.

Se indica el nombre de la persona que presenta una moción y no es necesario anotar el nombre de quienes se adhieren a ella. Cuando sea necesario mencionar la intervención de uno de los asistentes, se hace con su nombre completo

Compromisos: Tareas a desarrollar.

Registro Fotográfico: El registro Fotográfico es opcional.

COPIA CONTROLADA

6.19.7REGISTRO DE ASISTENCIA:

Es el medio por el cual se soporta el desarrollo de actividades, para su estandarización la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con el formato de Registro de Asistencia identificado con código: SGC-PR-02-F4, el cual se conforma de las siguientes partes:

Fecha: Dia, mes y año

Hora: Tiempo en la que se inicio la actividad

Objetivo o Tema: Motivo por el cual se reúne el personal y se realiza el registro de asistencia.

Facilitador: Se debe especificar con una X si el facilitado es interno o externo. Se registra el nombre completo del facilitador y la firma.

Asistentes: Relación de las personas que asistieron a la actividad

Numero: Numero consecutivo del registro

Nombre Completo: Nombres y Apellidos de quien asiste.

Cedula: Número de Documento de Identidad de quien asiste a la actividad.

Cargo y/o profesión: Cargo o profesión de la persona que se registra.

Proceso: Proceso al cual pertenece el asistente.

Firma: Signo o escritura manuscrita, normalmente formada por nombre, apellidos y rúbrica, que una persona pone al pie de un escrito o de un documento para identificarse, autorizar el documento, expresar que aprueba su contenido, etc.

COPIA CONTROLADA

6.19.8 MEMORANDO

El memorando es la comunicación escrita que se emplea en las organizaciones para tratar asuntos internos. Para ello la E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús ha estandarizado el formato: Memorando, identificado con código: SGC-PR-02-F5.

El memorando se utiliza para:

- Informar sobre un hecho en forma breve
- Expresar necesidades
- Hacer requerimientos
- Regular o aclarar una situación
- Tramitar, desarrollar o agilizar un asunto
- Conocer detalles sobre un aspecto determinado
- Impugnar o corregir una situación
- Confirmar eventos ocurridos o pendientes
- Hacer llamados de atención, entre otros.

El memorando está compuesto de las siguientes partes:

Fecha: Se escribe en el margen izquierdo y se registra el día, el mes y el año.

Destinatario: Luego de la fecha se dan dos interlíneas y se registra con mayúsculas el nombre del destinatario.

Remitente: Luego del Destinatario se da un espacio interlinea y se registra el nombre de quien remite.

Referencia: En la referencia se describe de manera general el motivo del memorando. La referencia se escribe después de una interlinea de destinatario.

Motivo del memorando: En el motivo del memorando se describe el objetivo de la comunicación y si existen requerimientos sobre el tema.

La redacción del motivo del memorando debe realizarse de forma impersonal, de manera clara, concreta y precisa.

Nombre y cargo del remitente: Se registra el nombre del remitente, con mayúsculas, centrado y en negrita, luego de cuatro interlíneas libres.

La firma se ubica en la parte superior del nombre del remitente.

Nombre, cargo y firma de quien elaboró: Se registra el nombre, cargo y firma de quien elaboró el memorando en letra arial tamaño 8.

6.19.9 INFORME:

El informe es un documento que describe o da a conocer datos precisos sobre el estado de cualquier actividad, estudio o proyecto, relativo a un caso concreto para conocer resultados de procesos administrativos.

De acuerdo con los objetivos los informes pueden ser para:

- Informar o aclarar una situación
- Informar sobre un hecho, expresar necesidades o hacer requerimientos
- Tramitar, desarrollar o agilizar un asunto
- Reiterar una información, un requerimiento o solicitud urgente.
- Impugnar o corregir una situación
- Presentar detalles sobre un aspecto determinado.

Para la estandarización de la presentación del informe la institución cuenta con el formato Informe identificado con código: SGC-PR-02-F6, el cual se conforma de las siguientes partes:

Portada: En la primera hoja del informe se presenta en letra arial tamaño 16 el nombre del informe, en negrilla y centrado. Luego se da cuatro espacios interlineas y se registra a quien se presenta el informe en letras mayúsculas tamaño 14, luego dos espacios interlineas y se registra el nombre en letras mayúsculas tamaño 14, de quien presenta el informe. Al final de la hoja se registra el mes y el año.

Introducción: Enmarca al lector del informe sobre su contenido de manera general.

Objetivo: Describe cual es el objetivo del informe, como se realizó y con que finalidad.

Recursos: Se describen los recursos utilizados en la elaboración del informe, ya sean humanos, logísticos, tecnológicos, etc.

COPIA CONTROLADA

Desarrollo del informe: Describe lo evidenciado en una actividad, procedimiento o proyecto. El desarrollo del informe puede incluir gráficas, registros fotográficos, tablas, etc.

Conclusiones: Análisis sobre los resultados observados que se describen de manera directa.

Recomendaciones: Acciones que el responsable del informe sugiere que se den realizar para superar las debilidades observadas o fortalecer los procesos.

Firma del responsable: Nombre y cargo de la persona responsable de presentar el informe.

6.19.10CERTIFICADOS Y CONSTANCIAS:

CERTIFICADO: El certificado es un documento de carácter probatorio, público o privado, que asegura la veracidad y la legalidad de un hecho o acto solemne (acontecimiento acompañado de formalidades necesarias para la validez de un acto judicial, juramento, ceremonia, norma y requiere registro notarial).

CONSTANCIA: La constancia es un documento de carácter probatorio, que no requiere solemnidad, puede ser personal.

Según el hecho o el acto, las constancias pueden ser de:

- Tiempo de servicio
- Experiencia,
- Salarios u honorarios
- Clases de trabajo
- Jornada laboral
- Cumplimiento de comisiones
- Comportamiento del trabajador, entre otros.

CARACTERÍSTICAS DE REDACCIÓN Y PRESENTACIÓN

La constancia y la certificación tienen como objetivo fundamental dar a conocer información de carácter personal. En su redacción se debe tener en cuenta:

- Redactar en forma clara, precisa, concreta y concisa.
- Usar un tratamiento impersonal, respetuoso y cortés
- Emplear un estilo gramatical natural, sencillo y continuo
- Distribuir el texto de acuerdo con su extensión

El certificado y la constancia están conformados por las siguientes partes:

COPIA CONTROLADA

Cargo: El cargo de la persona responsable de generar la certificación o constancia, se escribe en mayúscula sostenida, centrado, precedido de las palabras: El suscrito o la suscrita según corresponda a cuatro interlíneas libres desde el inicio del documento, centrado y con negrita:

Ejemplo: LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL AREA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS

Identificación del documento: Se escribe el tipo de documento con las expresiones certifica o hace constar, según sea el caso, seguida de dos puntos (:). El tipo de documento se escribe con letra mayúscula sostenida, centrado y con negrita a cuatro interlineas del cargo.

Texto: Cada párrafo del texto se inicia con la conjunción que, escrita en mayúscula inicial, a dos interlíneas libres de la identificación.

En el primer párrafo debe incluirse el tratamiento (El tratamiento o título es el modo protocolario de dirigirse a una persona en atención al respeto que se le debe o como simple fórmula de cortesía. Consiste en una palabra o expresión que antecede o sustituye al nombre de pila, al apellido o a ambos, el cual puede ir relacionado con el cargo o consideraciones meritorias, por ejemplo: Señor, Doctor, Comandante, Secretario) nombre completo del solicitante, en mayúscula sostenida y el número del documento de identidad.

En los siguientes párrafos, al referirse al solicitante, se debe hacer por el tratamiento, el nombre y el apellido.

En el último párrafo se especifica el motivo por el cual se expide la certificación o la constancia.

Lugar de origen y fecha de elaboración: Va al finalizar el documento, se escribe la palabra dada en el Valle del Guamuez - Putumayo seguido de una coma, a los días, del mes, del año.

Los párrafos se separan entre sí, por una o dos interlíneas, según la extensión del texto.

Firma del responsable: Responsable se registra el nombre de la persona responsable de expedir el certificado o la constancia en letras mayúsculas, sostenidas, en negrita y centrado, a tres interlineas de la fecha.

Firma de quien Elabora: En la parte final del documento se registra los datos de la persona que elabora y el cargo en Mayúscula Inicial.

Para la estandarización de la presentación de las certificaciones, la institución cuenta con el formato Certificación identificado con código: SGC-PR-02-F7.

Para la estandarización de las constancias se cuenta con el formato Constancias identificado con código: SGC-PR-02-F8.

COPIA CONTROLADA

6.19.11REGISTRO DE ASISTENCIA COMUNITARIO:

La E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús en sus procesos realiza actividades con la comunidad y con el ánimo de soportar las acciones se estandariza el formato de Registro de Asistencia Comunitario, identificado con código: SGC-PR-02-F9, en el cual se registra la actividad realizada, el responsable, la fecha, el nombre del participante, la cedula, la EPS, la dirección, teléfono y firma.

6 APROBACIÓN DEL MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Siendo éste un documento transversal en el Sistema de Gestión de Calidad, lo revisa gerencia y lo aprueba el Comité de Institucional de Gestión y Desempeño.

7.1 CONTROL Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL

CONTROL:

El manejo, la conservación y el control del Manual de Procesos y Procedimientos es responsabilidad del Sistema de Gestión de Calidad, tal como lo establece el Procedimiento de Elaboración y Control de Documentos y Registros. En caso de presentarse cambios, modificaciones o adiciones al Manual de Procesos y Procedimientos, se remitirá la versión vigente a Sistema de Gestión de Calidad para su respectiva actualización.

DIVULGACION:

La divulgación del presente manual se realiza a través del Plan Institucional de Capacitación, de la página Web, inducción y reinducción del personal.

COPIA CONTROLADA

7 RIESGOS

- Subprocesos no identificados.
- Desconocimiento de la organización institucional.
- Desconocimiento del proceso al cual pertenece el subproceso.
- Procesos no estandarizados
- Desorden documental.
- Burocracia documental
- Perdida de información.
- Documentos obsoletos que generan riesgo en la ejecución de las actividades.

8 PUNTO DE CONTROL

- Organigrama
- Mapa de Procesos.
- Listado Maestro de Documentos y Registros
- Tiempo de Vigencia de los documentos

9 MARCO NORMATIVO

Ley 87 de 1993 del Congreso de Colombia Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios: Artículo 1- Parágrafo único: Los manuales de procesos y procedimientos son uno de los instrumentos a través de los cuales cumple el Control Interno, la aplicación de este instrumento contribuye al logro de uno de los objetivos del Control interno; como es garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional.

Decreto 1083 de 2015 de la Presidencia de la República: Versión Integrada con sus Modificaciones, Capitulo IV, Articulo 2.2.1.4.1., literal a. Analizar y ajustar los procesos y procedimientos existentes en la entidad.

Ley 872 de 2003 del Congreso de Colombia por lo cual se Crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, Artículo 4 literal C: se establece como requisito para la implementación del sistema de garantía de la calidad "identificar y priorizar aquellos procesos estratégicos y críticos de la entidad que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada su secuencia e interacción con base en criterios previamente definidos por el sistema explícitamente en cada entidad.

Decreto 1011 de 3 de abril de 2006, establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud de salud del sistema general de seguridad social en salud que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

Ley 1438 de 2011. Capitulo VII calidad y sistema de información, articulo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema General de seguridad social de salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud estableciendo en la presente ley y en el marco del sistema Obligatorio de Garantía de la calidad la atención de salud se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados.

Decreto 1499 de 2017 de la Presidencia de la República por la cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Artículo 2.2.22.1.1. El sistema de gestión creado el artículo 133 de la ley 1753 de2015, que integra los sistemas de Desarrollo administrativo y de Gestión de la calidad, es el conjunto de entidades y organismos del estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad.

COPIA CONTROLADA

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión: Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional: Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos: El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal.

ISO 9001 - 2015 Sistema de Gestión de Calidad

Resolución 3100 del 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se definen los criterios de habilitación para los prestadores de servicios de salud.

10 BIBLIOGRAFIA

- Manual de procesos y procedimientos E.S.E Hospital San Vicente de Ramiriquí/ 2019.
- Manual de Procesos y procedimientos Corporación Gilberto Echeverri/ 2020
- Manual de Procesos y Procedimientos del E.S.E Hospital Especial de Cubara/ 2023.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional/ Versión 5. /2023.
- ISO 9001 Sistema de Gestión de Calidad
- ISO 30301 Sistema de Gestión Documental.
- Procedimiento de elaboración y control de documentos/ Ministerio de Trabajo/ 2016
- Procedimiento para la Elaboración y Control de Documentos y Registros / E.S.E Hospital Regional de Magdalena/ V05/2019.
- Procedimiento de elaboración y control de documentos / Clínica Crear Visión /2021
- Manual para la Elaboración y Control de Documentos del Sistema Integrado de Gestión del DNP / V18/2022.

11 ANEXOS

Formato Listado Maestro de Documentos y Registros: SGC-M-01-F2

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE VERSION

FECHA	VERSION	DESCRIPCION DEL CAMBIO	DISTRIBUIDO A
14/09/2023	1	Creación del Documento	Todos los procesos
18/12/2025	2	Se actualiza la misión y visión de acuerdo con la nueva plataforma estratégica	Todos los procesos

		Se actualiza el Mapa de procesos y la nueva distribución de procesos, incluyendo propósito y código de caracterización. Se unifica a este manual la metodología para la elaboración de documentos y registros, sus definiciones, responsabilidades, riesgos, puntos de control y marco normativo. Antes SGC-PR-01 Se actualiza la codificación a nivel subproceso, de acuerdo con el nuevo mapa de procesos definido en la Institución	
06/06/2026	3	Se actualiza el mapa de procesos, la nueva distribución de procesos de acuerdo al mapa, los lideres de los procesos, se adiciona que debe tener una política y como codificarla	Todos los procesos

COPIA CONTROLADA