




MANUAL DE CALIDAD

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia

M.DE-001 Versión 05



E.S.E
Hospital
San Vicente de Paúl
Caldas - Antioquia
“Su Hospital Amigo”



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 2 de 72

Contenido

INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACION	
2. OBJETIVO GENERAL	
2.1. OBJETIVO ESPECIFICOS.....	5
3. DESARROLLO DEL MANUAL	
3.1. Primera Fase. Retroalimentación y Revisión Procesos.....	6
3.2. Segunda Fase Ajustes y validación	6
3.3. Tercera Fase: Jornadas de Socialización	6
4. PLATAFORMA ESTRATEGICA	
4.1. Estructura orgánica actual de la Institución	7
4.2. Mapa de Procesos	8
4.3. Procesos Estratégicos.....	8
4.4. Procesos Misionales.....	8
4.5. Procesos de Apoyo.....	9
5. PLAN DE DESARROLLO 2016-2020.....	
5.1. MISIÓN	9
5.2. VISIÓN.....	9
5.3. VALORES Y PRINCIPIOS.....	10
6. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.....	
6.1. Enfoque Basado En Procesos	12
7. Caracterización de Procesos	
7.1 Procesos Estratégicos.....	13
7.2 Proceso de Apoyo.....	28
7.3 Procesos Misionales.....	50
7.1. Interacción De Procesos	72
8. NOTAS DE CAMBIO	

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 3 de 72

INTRODUCCIÓN

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

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

El manual de Calidad se basa en un modelo de operación por procesos que responde a la estructura del Sistema integral de gestión de la calidad, regulado por las normas: MECI Decreto 943 de 2014 y SOGC Decreto 1011 de 2006; lo que permite administrar la entidad definiendo las actividades que agregan valor a su producto, trabajando en equipo y disponiendo de los recursos necesarios para su realización.

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

Para la E.S.E., este manual constituye un soporte fundamental en el camino hacia la consolidación de un sistema integral de gestión de la calidad y hace parte integral de la documentación total, que orienta a la institución a la mejora continua en la prestación de los servicios y por consiguiente, redundando en la satisfacción de las partes interesadas.

Para la elaboración de este Manual de Calidad, se trabajó de acuerdo a la metodología y marco conceptual definido por el MECI con el Decreto 943 de 2014 y se contó con el apoyo de todos los funcionarios de la entidad, quienes trabajaron en su construcción.

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 4 de 72

1. JUSTIFICACION

Es importante señalar que los Manuales de Calidad son la base del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y del Mejoramiento Continuo, poniendo de manifiesto que no bastan las normas sino, que además, es imprescindible el cambio de actitud en el conjunto de los trabajadores, en materia no solo, de hacer las cosas bien, sino dentro de las practicas definidas en la organización, por lo tanto este documento es una herramienta que permite a la Organización, integrar una serie de acciones encaminadas a agilizar el trabajo de la administración, y mejorar la calidad del servicio, comprometiéndose con la búsqueda de alternativas que mejoren la satisfacción del cliente.

Este manual alinea el sistema de gestión de la calidad, el sistema de gestión del riesgo y el modelo integrado de planeación y gestión con el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, como una decisión estratégica que permite desarrollar un proceso constante y sistémico de auto evaluación y mejoramiento continuo, además permite consolidar todos los lineamientos, políticas, normas y disposiciones internas de tal manera que se pueda direccionar la operación de la entidad en todos sus procesos hacia la evaluación sistémica, el autocontrol y el mejoramiento continuo demostrando la capacidad de la institución para ofrecer servicios de salud centrados en el usuario que satisfagan sus necesidades y expectativas y que den cumplimiento a los requisitos normativos, legales y reglamentarios aplicables.

El manual de calidad evidencia cómo la institución instaura en su equipo de trabajo “la calidad de la atención en salud” como la prestación de servicios de salud a los pacientes de manera equitativa, accesible, oportuna y con un nivel técnico científico óptimo, que en el balance costo - beneficio, busque siempre minimizar los riesgos derivados de la intervención en salud.

2. OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer los lineamientos base de la operación de la entidad desde los planteamientos estratégicos, para garantizar el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales que establezca un método estándar para ejecutar el trabajo de los diferentes procesos fortaleciendo los mecanismos de sensibilización, que se despliegan y solidifican para brindar fortalecimiento a la cultura del autocontrol.

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 5 de 72

2.1. OBJETIVO ESPECIFICOS

- Estandarizar las funciones y formas de proceder de la entidad, para ser más efectivos en la consecución de los objetivos institucionales, de acuerdo con la unificación de los criterios internos y externos que garanticen el control de la entidad.
- Fortalecer los procesos de evaluación para generar las herramientas necesarias que permitan apoyar la toma de decisiones, garantizando el mejoramiento continuo y con ello el cumplimiento de sus objetivos organizacionales y sociales.
- Incrementar la eficiencia operacional a través de una interrelación de los diferentes procesos, buscando la eliminación de las actividades repetitivas y la integración de las tareas críticas de éxito.
- Motivar a la creación de un entorno ético alrededor de la función administrativa de la entidad pública.
- Desarrollar herramientas a través de las cuales se definan métodos, procedimientos e instrumentos básicos que permita el desarrollo de una filosofía gerencial fundamentada en el autocontrol, el apoyo a la administración pública y el uso adecuado de los recursos de acuerdo con la administración de riesgos.

Para que tenga validez y cumpla de la mejor manera con su objetivo, este Manual requiere de revisiones periódicas para su actualización, ya que el propósito a corto plazo, es enfocarlo como documento de Calidad; sus modificaciones, deben ser sugeridas al Comité de Calidad y Equipo MECI, para su análisis, aprobación e implementación.

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

3. DESARROLLO DEL MANUAL

La Implementación del Manual de Calidad se realizó de acuerdo con las siguientes fases de trabajo:

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 6 de 72

3.1. Primera Fase. Retroalimentación y Revisión Procesos.

Sesiones de retroalimentación y revisión de los procesos y procedimientos de acuerdo a la normativa aplicable al Sistema Integral de Gestión de la Calidad (SIGC). El objeto de estas sesiones fue revisar los procesos y procedimientos que conforman el Sistema Integral de Gestión de la Calidad, en el marco de la normativa adoptado como objetivo estratégico organizacional. La revisión de las actividades y tareas se realizó con la participación de los líderes y los equipos de trabajo responsables de los procesos teniendo en cuenta sugerencias y propuestas de ajuste para la mejora continua de los procesos, como resultado de estas sesiones se realizaron modificaciones importantes que fueron incluidas en el Manual.

3.2. Segunda Fase Ajustes y validación

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

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

3.3. Tercera Fase: Jornadas de Socialización

Se realizaron jornadas de socialización, en las cuales se presentaron, los diferentes procesos con su respectiva caracterización, los cuales sufrieron las modificaciones inherentes al cambio de estructura orgánica, para la vigencia 2012 – 2016 y las relacionadas para la vigencia 2016-2020. Fase que con base al resultado de las auditorias y mejora continua se continua para la socialización de ajustes definidos a los procesos manteniendo la dinámica de cambio que se establece desde la norma y el contexto del entorno.

4. PLATAFORMA ESTRATEGICA

La formulación estratégica de la E.S.E., se inicia con un análisis del contexto internacional, nacional y local analizando las variables relacionadas con la globalización teniendo en cuenta los cambios tecnológicos, económicos, políticos, sociales, geográficos y demográficos, seguido de la elaboración

de un análisis interno donde se tienen en cuenta factores como historicidad, cultura organizacional, complejidad, interdependencia, capacidad directiva, cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, capacidad competitiva, capacidad financiera y satisfacción del usuario.

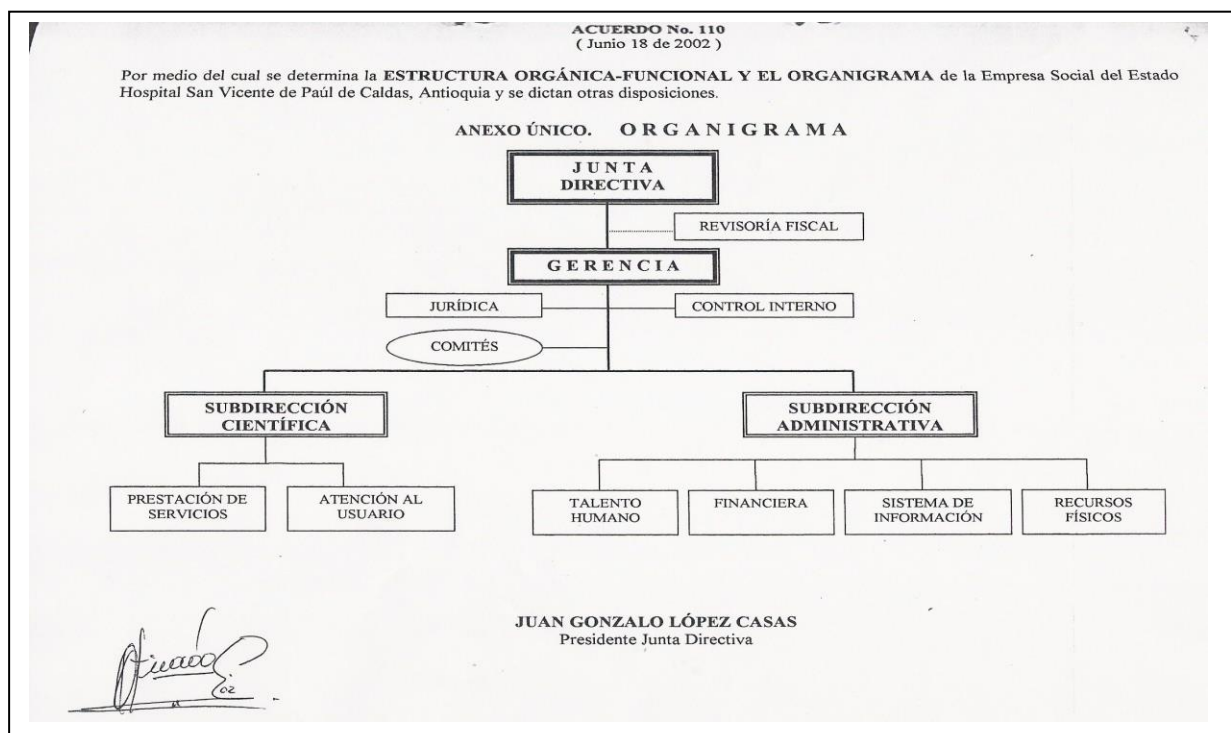
A partir del análisis estratégico la empresa define unas líneas de acción, las cuales se traducen en los objetivos estratégicos institucionales, que orientan los planes, programas y proyectos de la vigencia guías las acciones de los procesos y el que hacer organizacional, garantizando que cada uno de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

La plataforma estratégica de la ESE comprende:

4.1. Estructura orgánica actual de la Institución

El organigrama representa el nivel de autoridades dentro de la organización y en este orden de ideas esquematiza las tres áreas funcionales de la organización: Área directiva, área de apoyo logístico y área de atención al usuario. La Junta Directiva es el órgano superior de dirección y control de la empresa, la designación de sus miembros se da acorde a las disposiciones legales (Decreto 1876 de 1994- Compilado en el decreto 780 de 2016) y a sus estatutos internos.

Figura 1. Estructura orgánica de la Institución



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 8 de 72

4.2. Mapa de Procesos

Para garantizar el enfoque sistémico y de operación por procesos; la institución rediseño su mapa de procesos asegurándose que su estructura de cumplimiento integral a los requisitos de los clientes, normativos, legales y reglamentarios aplicables a la empresa.

El mapa de procesos y la caracterización de los procesos están diseñados de tal forma que en su desempeño se refleje la operación del ciclo PHVA y se evidencie el alcance de cada proceso y su secuencia e interacción con otros procesos

Con el enfoque por procesos definido en la E.S.E. se evidencia el cumplimiento del componente de Direccionamiento estratégico y los elementos modelo de operación por procesos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el Decreto 1499 de 2017 y los estándares de direccionamiento y gerencia del sistema único de acreditación.

La ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas, ha realizado su mapa de procesos o cadena de valor, organizado de la siguiente manera, en área funcionales, macro procesos, subprocesos y procedimientos.

4.3. Procesos Estratégicos

La organización tiene identificados sus procesos estratégicos como aquellos que orientan evalúan y hacen seguimiento a la gestión de la entidad, incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación y aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios.

En su área funcional directiva, se encuentran los macro procesos de direccionamiento estratégico, constituidos por los procesos de: Direccionamiento Estratégico (DE), Gestión de la información y las comunicaciones (GI y C), Verificación y Mejora Continua (VM), Gestión de la Participación Social (PS).

Es en esta área funcional donde se encuentra el macro proceso de verificación y mejora continua, relacionado con el control y evaluación: Son aquellos que adelantan las mismas dependencias responsables del proceso que para este caso es la oficina de control interno y la oficina de calidad quienes verifican que los resultados y acciones previstas se cumplan de conformidad con lo planeado.

4.4. Procesos Misionales

Estos procesos son los que contribuyen directamente al cumplimiento de los objetivos de la organización; su objetivo fundamental es entregar los productos o servicios que el cliente o usuario

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 9 de 72

requiere para satisfacer sus necesidades. Por lo tanto, son los procesos claves que permiten una prestación de servicios integrales al usuario y su familia.

Los procesos que constituyen esta área funcional misional son:

Prestación integral de servicios en Consulta Externa (CE)

Prestación integral de servicios de urgencias (UR)

Prestación integral de servicios hospitalarios (HO)

Prestación integral de servicios de cirugía (CX)

Prestación de servicios orientados a la promoción y protección de la salud (PP)

Servicios de apoyo asistencial (AA), que incluye: Farmacia, Laboratorio Clínico, Imaginología, Esterilización, Transporte asistencial, Referencia y Contrareferencia

4.5. Procesos de Apoyo

El área funcional de apoyo: Se refiere al soporte para el buen funcionamiento y operación de los procesos estratégicos y misionales de la organización. Estructurada por los procesos de:

Gestión jurídica y de contratación (GJ)

Gestión financiera (GF)

Gestión humana (GH)

Gestión del ambiente físico y recursos físicos (GA)

5. PLAN DE DESARROLLO 2016-2020

5.1. MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl de Caldas es una institución que presta servicios de salud básicos y especializados, contribuyendo al mantenimiento y recuperación integral de la salud de sus usuarios, mediante la prestación de servicios de salud humanizados, seguros, fundamentados en la experiencia, la evidencia científica, la ética y la equidad. Contamos con personal calificado y tecnología adecuada para alcanzar altos estándares de calidad, buscando satisfacer las expectativas de los usuarios, sus familias, la comunidad y el bienestar de nuestros trabajadores.

5.2. VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de caldas, consciente de su responsabilidad social pretende consolidarse como un centro de referencia en salud para el

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 10 de 72

departamento de Antioquia con servicios de baja, mediana y alta complejidad, reconocida por sus prácticas exitosas en gestión clínica, la prestación de servicios humanizados, seguros y con un alto nivel resolutivo.

5.3. VALORES Y PRINCIPIOS.

Honestidad: Los servidores actúan siempre con la verdad, cumpliendo sus deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general. El actuar se fundamenta en la honradez y la decencia. Implica la relación, no solo entre la persona y los demás, sino consigo mismo

Respeto: Los servidores del Hospital reconocen, el derecho ajeno, valoran y tratan de manera digna a todas las personas, aceptan y comprenden las maneras de pensar y actuar distinta de cada uno y tratan con sumo cuidado todo lo que les rodea.

Compromiso: Los servidores del Hospital son conscientes de la importancia de su rol como servidores públicos y están en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relacionan en sus labores cotidianas, poniendo al máximo sus capacidades para sacar adelante la tarea encomendada

Diligencia: los servidores del hospital cumplen con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a su cargo con interés, esmero, prontitud, destreza y eficiencia, optimiza y administra inteligentemente los recursos en la ejecución de las tareas y obligaciones.

Justicia: los servidores del hospital actúan con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación, realizan la toma decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables, reconocen y protege los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.

Responsabilidad: Los servidores del Hospital tienen la obligación de responder y reconocer los actos propios y tener la capacidad para reconocer y hacerse cargo de las consecuencias de sus propias acciones y no abusar de ellas. Todo servidor público o colaborador que cumple una función social, debe tener claro que sus actuaciones lo hacen responsable de ellas ante la institución y la sociedad.

Es así como los funcionarios de la E.S.E. deben responder no solamente por el desarrollo de las funciones encomendadas si no por las omisiones y actuaciones irresponsables que comprometan los bienes públicos o el cumplimiento eficiente y oportuno de los fines de la empresa.

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 11 de 72

Solidaridad: Para los servidores del hospital se define como la colaboración mutua hacia y entre las personas contribuyendo en la solución de las dificultades del otro, teniendo como objetivo la unión de las personas en los momentos difíciles, el bien de la comunidad y de la empresa, trascendiendo a todas las fronteras políticas, religiosas, culturales

Transparencia: Para los Servidores del hospital es la actuación clara y evidente que se comprende sin duda alguna. Es la relación directa entre lo que se postula y la realidad. Es el actuar congruente que se relaciona con la honradez y la honestidad. Implica la disposición permanente a dar cuenta de los actos sin dilación ni demora, sin temor al control social o a las autoridades correspondientes y responder por sus ejecutorias, en el momento que alguien lo requiera.

Idoneidad: Para los Servidores del hospital la idoneidad es la capacidad, habilidad, actitud, competencia y disposición de cada uno para el ejercicio de cada tarea dada. Implica que, además de contar con la preparación y experiencia necesarias, ha de actuar conforme a estándares de la ética desde su formación.

Participación: Para los servidores públicos del hospital es el derecho de toda persona como ciudadano a fin de intervenir en la gestión pública para la toma de decisiones impulsando el desarrollo, es involucrarse en las acciones generando comunicación entre la ciudadanía y la E.S.E.

Mejora continua: Para los servidores públicos del hospital es una filosofía que lleva a mejorar los procesos de atención y a entregar servicios con calidad y seguridad óptimos, respondiendo a la excelencia para alcanzar los objetivos propuestos, en el cual todas las personas son participes.

Trabajo en equipo: Para los servidores públicos del hospital es el trabajo de todos orientado al logro de un objetivo, una planeación común con responsabilidad mutua para la Construcción colectiva de la empresa.

6. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

El Gerente y su equipo Directivo declaran y evidencian su compromiso con el desarrollo e implementación de un Sistema Integral de Gestión de la Calidad, la planificación de la organización se revisará de forma periódica en pro de la mejora continua del desempeño de sus procesos, la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud y el incremento de la satisfacción de sus usuarios y partes interesadas, tomando como base la revisión de los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	<p>MANUAL DE CALIDAD</p>	<p>Código: M.DE-003</p>
		<p>Versión: 05</p>
		<p>Página 12 de 72</p>

La política y los objetivos de calidad se construyen de manera participativa con el cliente interno y externo y dan cuenta del compromiso de la institución con el desarrollo del Sistema Integral de Gestión de la Calidad, siendo coherentes con la misión y la visión de la organización asegurando que se establecen procesos de comunicación efectivos.

Para asegurar el desarrollo y mejora continua del sistema, la alta dirección se compromete a implementar una revisión gerencial que consolide y analice el desempeño de los procesos durante períodos establecidos de operación y desde los resultados observados se definen oportunidades de mejoramiento orientadas a fortalecer la operación de los procesos, la prestación de los servicios de salud enmarcados en la calidad y la seguridad y la satisfacción de los clientes internos y externos.

Para asegurar la implementación de las oportunidades de mejora se define el nivel de autoridades y responsabilidades de todos los funcionarios, frente a la operación de los procesos y se destinan los recursos necesarios de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la organización, para asegurar la efectividad en el sostenimiento y mejora continua de la operación del sistema.

6.1. Enfoque Basado En Procesos

La organización para asegurar la implementación y mejora continua de su Sistema Integral de Gestión de la Calidad y la satisfacción de los clientes, ha adoptado el enfoque basado en procesos propuesto por las Normas, soportado en el modelo del ciclo PHVA. Para ello:

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

El enfoque basado en procesos adoptado por la organización asegura que todos los procesos se interrelacionen como un sistema y que operen en dirección al cumplimiento de los objetivos institucionales por medio de la caracterización de los mismos, lo cual a su vez genera confianza en la

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 13 de 72

capacidad de sus procesos y la calidad de los servicios y proporciona una base para la mejora continua y el aumento permanente de la satisfacción de los clientes.

7. Caracterización de Procesos

7.1 Procesos Estratégicos

PROCESO:	Direccionamiento Estratégico (DE)	TIPO:	Estratégico
OBJETIVO:	Orientar la organización hacia el desarrollo empresarial, mediante la planificación estratégica, con base en requerimientos legales y del cliente, en procura del cumplimiento de metas establecidas, el incremento de la calidad de los servicios misionales de la empresa y el cumplimiento de las expectativas de los servidores y empleados.	LÍDER:	Junta Directiva y Gerente.
		ALCANCE:	Dirección y Gerencia y Planeación Estratégica

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control, Órganos de dirección central, territorial, local y sectorial. Usuarios y sus familias. Clientes internos, Procesos de la ESE, Auditorías internas EAPB	Plan de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal y condiciones del mercado analizadas.	P	Definición del plan estratégico del proceso Elaboración de diagnóstico estratégico para el Plan de Desarrollo Institucional Definir planes anuales de inversión Direccionar la elaboración de Plan Acción o POA Institucionales Garantizar la identificación de requisitos legales, de la norma, reglamentarios y del cliente aplicables a los procesos Definir políticas organizacionales y operacionales Definir la contratación de la prestación de servicios con las diferentes EAPB	Políticas, directrices, planes, programas, contratos	Entes de control, Órganos de dirección central, territorial, local y sectorial. Usuarios y sus familias, Clientes internos, Procesos de la ESE, Oficina de control interno, EAPB.



			<p>Definición de lineamientos de integridad y buen gobierno</p> <p>Definición de entradas para la revisión por la Dirección</p>		
		H	<p>Elaborar Plan de Desarrollo y plan de gestión</p> <p>Actualizar periódicamente la plataforma estratégica de la ESE</p> <p>Aprobar el Presupuesto de ingresos y gastos de la ESE.</p> <p>Coordinar la ejecución de los programas, estrategias, actividades y proyectos del Plan de Desarrollo, a través de los Planes operativos anuales.</p> <p>Realizar actividades que propicien el empoderamiento de la plataforma estratégica de la ESE, incluyendo el Sistema Integrados de Gestión y el Código de Integridad Ética y Buen Gobierno</p> <p>Coordinar la ejecución de los contratos con las EAPB.</p> <p>Socialización de informes de gestión y rendición de la cuenta.</p>		
		V	<p>Seguimiento a ejecución de planes, programas y proyectos institucionales</p> <p>Seguimiento a contratación con las EAPB</p> <p>Verificación de cumplimiento de requisitos legales, del cliente, reglamentarios y de la Norma</p> <p>Verificación de cumplimiento del código de integridad, ética y buen gobierno de la ESE.</p> <p>Seguimiento a indicadores del proceso.</p> <p>Seguimiento al empoderamiento</p>		





			por parte del cliente interno y externo de la plataforma estratégica de la ESE. Seguimiento a planes de acción y mejora originados de la revisión por la Dirección		
		A	Toma de decisiones de ajuste o mejora con respecto a: Plataforma estratégica de la ESE Códigos y principios éticos Planes, programas y proyectos institucionales Ejecución presupuestal Acciones de impacto para garantizar empoderamiento del cliente interno y externo con respecto a la plataforma estratégica y los compromisos y políticas institucionales		

REQUISITOS

Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estándares de Direccionamiento y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018 Indicadores del Sistema de Información para la Calidad Resolución 0256 de 2016	Ley 152 de 1994, Ley Orgánica del Plan de desarrollo. Ley 1438 de 2011, reforma el sistema de salud y otras disposiciones Resolución 408 de 2018 Plan de Gestión





RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Integrantes Junta Directiva Gerente Asesores Subdirector Científico Subdirector Administrativo Coordinadores de procesos	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación.	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua. Clima laboral de respeto y propositividad
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Que no se realice de manera sistémica la ejecución de la planeación Demora en actualización de procesos Desacuerdo en el modelo estructura organizacional Alta dependencia económica de una Entidad Responsables de Pago. Incertidumbre económica. Eventos de salud pública de difícil control- Epidemias-Pandemias	Aplicar estrategias de socialización Hacer visibles puntos de control. Evaluar grado de estandarización de los procesos. Garantizar el cumplimiento de los planes de mejora. Participación activa en proyecto de cambio que el SGSSS exige Definir plazos de cumplimiento	FI.DE-001 Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional PDI FI.DE-002 Promedio de cumplimiento de los POAS de comités FI.DE-003 Promedio de cumplimiento de planes estratégicos FI.DE-004 Promedio de calificación de los acuerdos de gestión. Cumplimiento Plan Gestión del gerente
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS ASOCIADOS
P.DE -001 Planeación Corporativa P.DE -002 Gestión del Riesgo P.DE- 003 Gestión del Riesgo Área Asistencial Mo.DE-001. Modelo de Planeación Estratégica		Acuerdos, Resoluciones, Actas de Comité Asesor de Gerencia y Control Interno, Informe seguimiento y evaluación POA-Plan Desarrollo, Informe SIHO- Decreto 2193, Indicadores Gerenciales por macroproceso. Indicadores de Calidad.



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 17 de 72

PROCESO:	Verificación y Mejora Continua (VM)	TIPO:	Estratégico
OBJETIVO:	Evaluar la capacidad de los procesos para dar cumplimiento de los requisitos legales y del cliente detectando permanentemente las oportunidades de mejora continua de la Institución y garantizando la retroalimentación a los procesos	LÍDER:	Jefe de Control Interno y representante de la dirección (calidad)
		ALCANCE:	Sistema Integrado de Gestión de la Calidad

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P	Definición del plan estratégico del proceso Estandarizar la medición, análisis y mejora del proceso Identificar necesidades mediciones a aplicar en cada proceso de acuerdo a los riesgos Generar cultura del autogestión, autocontrol y autorregulación por diferentes mecanismos de cultura organizacional Planeación del PAMEC Programar y planear auditorías internas de Control Interno y Calidad Identificación los puntos de control de acuerdo a los riesgos del proceso. Plan de trabajo para auditorías externas bajo criterios institucionales y del auditor	Auditorías internas y externas, Planes de mejoramiento, Acciones correctivas y preventivas	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H	Seguimiento al desempeño del proceso y del SIGC Análisis de situaciones que puedan afectar el desempeño de los procesos del SIGC Recibir las auditorías externas de entes		



			<p>de control y EAPB</p> <p>Ejecución de auditorías internas de calidad y elaboración de informes de auditorías</p> <p>Realizar autoevaluación de los procesos definidos en le SIGC</p> <p>Desarrollar el PAMEC y ejecutarlo</p> <p>Definición de acciones preventivas</p> <p>Definición de acciones correctivas</p> <p>Definición de planes de mejora de acuerdo a los hallazgos y recomendaciones.</p>		
		V	<p>Evaluación por dependencias</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad de planes de acción</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad de planes de mejora</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad de acciones correctivas y preventivas</p> <p>Cumplimiento del PAMEC</p> <p>Evaluar pertinencia y alcance de las auditorías</p>		
		A	<p>Definición de planes de mejora con respecto al desempeño de los procesos y del SIGC</p> <p>Definición de planes de mejora con respecto a modificación en los requisitos legales, reglamentarios, del cliente y de la Norma</p> <p>Aumentar el nivel de exigencia de los procesos para garantizar condiciones de calidad mayores.</p>		
REQUISITOS					
Organizacionales		Legales		Del Cliente	
Remitirse a los listados maestros de		Remitirse al Normograma		La Totalidad de los procesos	



 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 19 de 72

documentos y al modelo de control de documentos.	Institucional	estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estándares de Direccionamiento y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018. Habilitación Resolución 3100 de 2019 Indicadores del Sistema de Información para la Calidad Resolución 0256 de 2016	Resolución 408 de 2018 Plan de Gestión. FURAG (medición del desempeño institucional). Autodiagnósticos MIPG: 2-1-dirección planeación. 1-2-integridad. 2-2-plan anticorrupción.

RECURSOS

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Subdirector Administrativo Jefe de Control Interno Representante de Planeación y Calidad) o quien haga sus veces	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación.	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas.
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Desactualización de los procesos y procedimientos objeto de auditorías Incumplimiento de las acciones de mejoramiento en los tiempos establecidos (no efectividad). Demora en los tiempos de cumplimiento de las acciones de mejoramiento (no eficiencia) Desacierto frente a las acciones tomadas	Realizar cronogramas con responsables y plazos. Capacitar al personal en la construcción y medición de indicadores con su respectivo análisis. Definir claramente la administración del riesgo con los puntos de control.	FI.VM-001 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud FI.VM-002 Mejoramiento continuo de la calidad de entidad no acreditada con autoevaluación en la vigencia anterior FI.VM-003 Promedio global de cumplimiento de estándares de habilitación FI.VM-004 Promedio de calificación frente al SUA FI.VM-006 Proporción de cumplimiento cronograma de auditorías PAMEC FI.VM-007 Proporción de indicadores del PAMEC que evidenciaron resultados satisfactorios o sobresalientes

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 20 de 72

		<p>FI.VM-008 Proporción de indicadores que evidenciaron resultados satisfactorios o sobresalientes</p> <p>FI.VM-009 Proporción de oportunidades de mejora cerradas efectivamente</p> <p>FI.VM-010 Promedio de criterios cumplidos en evaluaciones de autocontrol</p>
DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS	
P.VM.001 Auditorías internas	Acuerdos, Resoluciones, Actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Comité de Control Interno, seguimientos a planes de mejoramiento, experiencia exitosa para el autocontrol (informe), Indicadores de Calidad, Decreto 2193. 3-7- rendicioncuentas. 7-controlinterno.	

PROCESO:	Gestión de la Información y la Comunicación (GI y C)	TIPO:	Estratégico
OBJETIVO:	Coordinar el conjunto de actividades administrativas y técnicas, relacionadas con los recursos de información y la comunicación, de tal forma que se garantice oportunidad, divulgación, coherencia formal Confiabilidad y confidencialidad, en la información de la organización que contribuyan al sostenimiento, difusión y mejora continua del sistema integral de gestión de la calidad de la ESE.	LÍDER:	Coordinador de Sistemas de Información
		ALCANCE:	Gestión documental, estructura sistema de información y la Comunicación, generación de información y comunicación interna, externa, Imagen Institucional, mercadeo.

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el	P	Identificación de necesidades de software y hardware Identificación de documentos y registros Identificación de necesidades de sistemas de información y comunicación de acuerdo a requerimientos del cliente, legales, reglamentarios y de la Norma Elaboración del plan estratégico de sistemas de información (PESI)	Plan Estratégico del Sistema de Información PESI, documento e implementa	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB



EAPB	manual de calidad	<p>Elaboración del plan de gestión documental PGD. Elaboración del PINAR</p> <p>Identificación de registros clínicos</p> <p>Identificar riesgos y las acciones para garantizar la seguridad de la información</p> <p>Identificación de contingencias frente a eventos informáticos</p> <p>Planeación de mantenimiento de sistemas informáticos.</p> <p>Identificación de necesidades de información y comunicación</p> <p>Elaboración Plan de Comunicaciones para ámbito institucional interno y externo.</p> <p>Definir estrategias para garantizar el contacto directo con la ciudadanía, proveedores, EAPB, contratistas y usuarios</p> <p>Planear los mecanismos de divulgación de la Entidad</p> <p>Definir la logística para diferentes actividades</p> <p>Planear los diseños para la imagen corporativa</p> <p>Identificar necesidades de servicios de salud como estrategia de mercado</p> <p>Elaboración Plan de Mercadeo.</p> <p>Actualizar Portafolio de Servicios</p>	<p>do según fases.</p> <p>Informes según norma y contratación generados</p> <p>Gestión documental operando.</p> <p>Plan de comunicación implementado</p> <p>Plan de mercadeo Institucional implementado</p>	
		<p>H</p> <p>Desarrollo del PESI</p> <p>Elaboración de listados maestros de documentos y registros</p> <p>Desarrollo del plan de gestión documental.</p> <p>Implementación del PINAR</p> <p>Administración de software y hardware</p> <p>Administrar la seguridad de la información</p> <p>Mantenimientos preventivos y correctivos de sistemas informáticos</p> <p>Contingencias frente a eventos informáticos</p> <p>Administración de los indicadores solicitados.</p> <p>Desarrollo del Plan de Comunicaciones</p> <p>Desarrollo del Plan de Mercadeo</p> <p>Desarrollo del Callcenter como herramienta.</p>		





			<p>Desarrollo de asignación de citas pagina WEB</p> <p>Administración de la página web y la intranet</p> <p>Administrar la seguridad de las información y la comunicación</p> <p>Desarrollar la logística de diferentes eventos</p> <p>Desarrollar los diseños propuestos y aprobados</p>		
		V	<p>Seguimiento a eficacia y efectividad al PESI</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad al plan de gestión documental.</p> <p>Seguimiento a indicadores</p> <p>Validación de registros.</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad al Plan de Comunicaciones</p> <p>Seguimiento a eficacia y efectividad al plan de Mercadeo</p> <p>Seguimiento a la efectividad del callcenter (accesibilidad)</p>		
		A	<p>Ajuste al PESI</p> <p>Ajuste al plan de gestión documental</p> <p>Actualización de listados maestros de documentos y registros</p> <p>Seguimiento a planes de mantenimiento informáticos</p> <p>Seguimiento a planes de contingencia.</p> <p>Ajuste al plan de comunicaciones</p> <p>Ajuste al plan de mercadeo</p> <p>Interacción con las TICs</p>		

REQUISITOS

Organizacionales

Legales

Del Cliente

Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.

Remitirse al Normograma Institucional

La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo

MIPG

SOGC

Otros si aplican





<p>Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación</p>	<p>Estándares de Direccionamiento y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018 Indicadores del Sistema de Información para la Calidad Resolución 0256 de 2016. Habilitación de prestadores de servicios de Salud Resolución 3100 de 2019</p>	<p>Estrategias Gobierno Digital Decreto 2693 de 2012 Seguridad de la Información Sistema SANSI-SGSI Norma técnica de interoperabilidad Decreto 0106 de 2015 Ley 594 de 2000 Decreto 2193 de 2004. Ley 1474 de 2011 estatuto anticorrupción. Decreto Ley -0019 de 2012 Anti trámites. La ley de protección de datos personales – Ley 1581 de 2012 Decreto 1499 de 2017. MIPG. Ley 2015 del 2020 Interoperabilidad de la Historia Clínica</p>
---	--	---

RECURSOS

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
<p>Gerente Subdirector Administrativo Representante de la dirección (coordinador de sistemas de información) Tecnólogo de sistemas de Información. Auxiliar administrativa archivo administrativo. Comunicador</p>	<p>Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación</p>	<p>Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas</p>

RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Interrupción Eléctrica Obsolescencia Tecnología Red inalámbrica insegura Condiciones no óptimas para el servidor Insuficiencia de seguridad de la información (de pérdida y de acceso no autorizado) Falla de hardware en el servidor principal y de internet</p>	<p>Actualización plataforma de equipos Estructura del sistema de información (SYAC) Backup de la información Seguimiento a los proyectos para adquirir nueva tecnología Verificación de las estaciones de trabajo servidores y de la red. Medir el impacto de la imagen</p>	<p>Proporción de radicados internos leídos Promedio de días para confirmar como leída la comunicación Indicadores Reportados según 0256 de 2016 Proporción de actividades programadas en el plan de información primaria que fueron ejecutadas oportunamente Proporción de actividades programadas en el plan de información secundaria que fueron ejecutadas oportunamente</p>





<p>Alteración de datos</p> <p>Falla en el cableado y en los equipos.</p> <p>Percepciones desfavorables del cliente interno y externo respecto a la prestación del servicio.</p> <p>Presentar datos o estimaciones equivocadas o incompletas en la entrega de información.</p> <p>Información de la página web desactualizada, incompleta o con errores.</p> <p>Oferta de servicios sin la adecuada planeación</p> <p>Manejo inadecuado de los servicios plus</p> <p>Manejo inadecuado del callcenter que no permite la accesibilidad.</p>	<p>corporativa</p> <p>Satisfacción con la información por diferentes medios</p> <p>Calidad del dato</p> <p>Aval para publicación.</p> <p>Validación de la información.</p> <p>Actualización de bases de datos.</p> <p>Actualización de plan de beneficio y Tarifas pactadas.</p> <p>Actualización de Códigos Únicos de procedimientos CUPS</p>	<p>Proporción criterios cumplidos en el diligenciamiento técnico de la HC</p> <p>Proporción de procedimientos con consentimiento informado diligenciados</p> <p>Índice de paciente cuya atención se vio afectada por ausencia de registros clínicos en el momento de su atención</p> <p>Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la SNS, o la norma que la sustituya</p> <p>Utilización de información registro individual de prestaciones de servicios de salud RIPS y CUPS</p> <p>Proporción de horas de interrupción de servicios asistenciales por fallas en equipos informáticos</p> <p>Tiempo respuesta frente a solicitud de mantenimiento correctivo de infraestructura tecnológica.</p> <p>Proporción de cumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos informáticos</p> <p>Cobertura de mantenimientos correctivos de equipos informáticos</p> <p>Proporción copias de seguridad de archivos administrativos ejecutados</p> <p>Proporción de copias de seguridad de bases de datos ejecutadas.</p> <p>Percepciones desfavorables del cliente interno y externo respecto a la prestación del servicio.</p> <p>Proporción de Estimaciones equivocadas o incompletas en la entrega de información.</p> <p>Calidad y Oportunidad de la Información registrada en la página web.</p> <p>Oportunidad en respuesta a la comunicación del callcenter.</p> <p>Efectividad del programa de asignación de citas por internet.</p> <p>Satisfacción del usuario con la atención según uso de TCIs</p>
---	--	---





DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
P.GI - 001 Gestión de la Información P.GI- 002 Generación de Soporte Técnico P.GI- 003 Control de Cambios P.GI- 004 Administración de la Plataforma Tecnológica P.GI - 005 Seguridad de la información. P.GI - 006 Implementación de Soluciones Informáticas. P.GI – 007 Gestión Documental. P.GI – 008 Archivo Clínico. P.GI – 009 Comunicación organizacional. P.GI- 010 Comunicación informativa P.GI- 011 Mercadeo y comercialización de servicios P.GI- 012 Administración página web	Software Dinámica Gerencial y el desarrollo de sus módulos Software Digital logic Interoperabilidad Gobierno Digital. Acceso a la Información Publica. MIPG y los Autodiagnósticos: 3-2-gobiernodigital. 3-4-serviciociudadano 3-5-tramites. 5-1-gestiondocumental 5-2-transparenciaaccesoinformacion. Circular Externa 008 de 2018 Super Salud

PROCESO:	Gestión de la Participación Social (PS)	TIPO:	Estratégico
OBJETIVO:	Coordinar el conjunto de actividades de interacción social que requiera intervención en la búsqueda del bienestar humano y desarrollo social de donde hace parte la participación ciudadana y comunitaria.	LÍDER:	Representante de la Dirección (Lider de Participación Social y SIAU)
		ALCANCE:	Sistema de información y atención al Usuario Atención a la comunidad

INTERACCIÓN				
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES	SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de	P Elaborar diagnóstico de necesidades de participación social usuario, familia y comunidad Definir y actualizar los espacios o mecanismos de participación usuario familia y comunidad Caracterizar los espacios o mecanismos de participación social usuario familia y comunidad Definir estrategias para garantizar el contacto directo con la ciudadanía.	Manifestaciones tramitadas. Informe de necesidades y expectativas del usuario. Informe de satisfacción del usuario	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB





	calidad	H	<p>Dar a conocer, orientar y desplegar los espacios y mecanismos de participación social usuario familia y comunidad</p> <p>Recibir las manifestaciones del usuario y proceder a gestionarlo</p> <p>Ingresar al aplicativo informático respectivo las manifestaciones captadas</p>		
		V	<p>Seguimiento de eficacia y efectividad al modelo de escucha activa</p> <p>Seguimiento de eficacia y efectividad al apoyo social al usuario y su familia.</p> <p>Seguimiento de eficacia y efectividad a los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria</p>		
		A	<p>Ajustes al modelo de escucha activa</p> <p>Ajustes a las estrategias y mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.</p> <p>Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso</p>		

REQUISITOS

Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estándares de Direccionamiento y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018 Indicadores del Sistema de Información para la Calidad Resolución 0256 de 2016	Estatuto anticorrupción Ley 019 de 2012 anti trámites

RECURSOS



 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 27 de 72

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
<p>Gerente</p> <p>Representante de la dirección (coordinador de participación social)</p> <p>Auxiliar en SIAU (sistema de información y atención al usuario)</p>	<p>Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación</p>	<p>Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas</p>
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Manifestación no respondida</p> <p>Ausencia de información</p> <p>Usuario desorientado</p> <p>Trato inadecuado del usuario</p> <p>Requerimientos y necesidades de los usuarios y la familia no identificadas</p> <p>Espacios y mecanismos no cumplan su objetivo</p> <p>Obsolescencia de los espacios y mecanismos de participación</p>	<p>Acciones de intervención al análisis de la información</p> <p>Tratamiento de la manifestación</p> <p>Efectividad de la orientación y la información suministrada</p> <p>Efectividad de los espacios y mecanismos de participación</p>	<p>FI.PS-001 Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la ESE Según RIn 0256 de 2016</p> <p>FI.PS-012 Proporción de Usuarios que recomendarían la ESE a sus familiares y amigos. Según RIn 0256 de 2016</p> <p>FI.PS-002 (índice combinado de satisfacción)</p> <p>FI.PS-003 Promedio de días para respuesta de manifestaciones del cliente externo</p> <p>FI.PS-004 Proporción de pacientes que recibieron apoyo social por parte del trabajador social o quien lo reemplace</p> <p>FI.PS-005 Proporción de usuarios que presentaron manifestaciones en el periodo</p> <p>FI.PS-007 Proporción de satisfacción en rendición de cuentas</p> <p>FI.PS-008 Proporción de usuarios que conocen y comprenden dos deberes al momento de encuestarlos</p> <p>FI.PS-009 Índice de derechos vulnerados</p> <p>FI.PS-010 Proporción de usuarios que conocen y comprenden dos derechos al momento de encuestarlos</p> <p>FI.PS-011 Proporción de usuarios y/o acompañantes que fueron albergados en la casita de salud y cariño</p>

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 28 de 72

DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
P.PS- 001 Gestión de Oportunidades de Mejora PQRS P.PS- 002 Atención Sicosocial P.PS- 003 Participación Comunitaria en Salud.	Anticorrupción Ley 1474 de 2011 Decreto 4637 de 2011 Circular 01 de 2011 Ley 1437 de 2011 Ley 1712 de 2014 Decreto 1499 de 2017. MIPG Autodiagnósticos: 3-4-serviciocudadano. 3-6-participacionciudadana. Resolución No. 2063 de 2017. Plan de Participación Social en Salud. Circular Externa 008 de 2018 Super Salud (Titulo VII Participación al Usuario y Participación Ciudadana

7.2 Proceso de Apoyo

PROCESO:	Gestión Humana (GH)	TIPO:	Apoyo
OBJETIVO:	Proveer de personal competente a las diferentes áreas, desarrollando la competencia del talento humano de la empresa, a través de la gestión del conocimiento, bienestar social, evaluaciones y seguimientos con proyección de valores que revierta en la satisfacción de sus necesidades y expectativas y la apropiación de las competencias necesarias para la eficaz realización de sus actividades y el mejoramiento de la calidad de los servicios que presta la Empresa.	LÍDER:	Representante de la Dirección (Gestión Humana)
		ALCANCE:	Ingreso, permanencia y retiro con los diferentes programas en administración del talento humano, gestión del conocimiento y calidad de vida para el trabajo, Gestión de seguridad y Salud en el trabajo.

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus	Sistema Integrado de Gestión, el	p	Definición de perfiles y competencias. Planear los mecanismos para seleccionar el personal	Funcionarios y empleados idóneos y	Entes de control Usuarios y sus familias



<p>familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB</p>	<p>manual de procesos y procedimient os con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad</p>	<p>H</p>	<p>Identificación de necesidades de formación y capacitación y realización del Plan de Capacitación para la anualidad. Identificación de variables a medir en clima organizacional. Elaborar de forma estandarizada las actividades de reinducción, inducción y entrenamiento en el puesto de trabajo y personal en formación según docencia servicio. Estructurar lineamientos y políticas bidireccionales para los convenios docencia servicio. Definir el programa de bienestar social. Definir la evaluación de desempeño Definir mecanismos de administración de personal Planeación para desvinculación de personal. Definir el sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SGSST. Definir lineamientos para actualización del Plan de emergencias y atención a multitudes. Definir lineamientos para elaboración del Plan Estratégico de Seguridad Vial</p> <p>Socialización de perfiles y competencias Vinculación de personal. Ejecución de plan de capacitación Realización de reinducción, inducción y entrenamiento en el puesto de trabajo Ejecución del programa de bienestar social e incentivos. Plan de trabajo para realizar autoevaluación de estándares de habilitación relacionados al proceso Ejecutar el programa de seguridad y salud en el trabajo Aplicación de la encuesta de clima</p>	<p>competentes Funcionarios y empleados bajo un adecuado clima laboral para realizar sus funciones. Administración de personal adecuado Personal e institución cumpliendo normas de seguridad en el trabajo. institución cumpliendo normas de seguridad vial Institución cumpliendo normas de bioseguridad y seguridad en el trabajo</p>	<p>Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB. ARL</p>
--	--	----------	--	--	--





		<p>organizacional y realizar las acciones para potenciar la producción y trabajo en equipo.</p> <p>Aplicación de la batería sicosocial.</p> <p>Desarrollar la totalidad de las acciones relacionadas con la administración de personal.</p> <p>Implementar acuerdos de los convenios docencia servicio.</p> <p>Implementar el sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SGSST.</p> <p>Realizar actualización del Plan de emergencias y atención a multitudes.</p> <p>Realizar elaboración del Plan Estratégico de Seguridad Vial</p>		
	V	<p>Verificación en los procedimientos de selección y vinculación de personal.</p> <p>Conservación de hojas de vida del personal contratado bajo diferentes modalidades.</p> <p>Seguimiento a la eficacia y efectividad del plan de capacitaciones</p> <p>Seguimiento al proceso de reinducción, inducción y entrenamiento</p> <p>Verificación de la realización de evaluación del desempeño laboral con recomendaciones y planes de mejoramiento individual</p> <p>Verificar el cumplimiento de los diferentes programas y planes del proceso.</p> <p>Evaluar cumplimiento del estándar de talento humano según norma de habilitación.</p> <p>Verificar cumplimiento del programa de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Verificar el cumplimiento del sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SGSST.</p>		





		<p>Verificar cumplimiento a lo establecido en el Plan de emergencias y atención a multitudes.</p> <p>Verificar adherencia al Plan Estratégico de Seguridad Vial</p> <p>Verificar cumplimiento de lo definido desde Convenios Docencia Servicio.</p>		
	A	<p>Ajustes a perfiles y competencias de acuerdo a modificaciones en la normatividad aplicable</p> <p>Cumplimiento de los planes de mejoramiento propuestos.</p> <p>Cumplir lo definido desde el SIGEP</p> <p>Realizar plan de acción definido para el mejoramiento del clima laboral.</p> <p>Evaluar adherencia al sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo SGSST.</p> <p>Evaluar cumplimiento de lineamientos del Plan de emergencias y atención a multitudes.</p> <p>Evaluar adherencia al Plan Estratégico de Seguridad Vial</p> <p>Ajuste a la dinámica de integración ESE- Instituciones de formación según Docencia Servicio.</p>		

REQUISITOS

Organizacionales

Legales

Del Cliente

Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.

Remitirse al Normograma Institucional

La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo

MIPG

SOGC

Otros si aplican

Componente de Direccionamiento

Estándares de Direccionamiento

Ley 1164 de 2007





<p>Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación</p>	<p>y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018 Indicadores del Sistema de Información para la Calidad Resolución 0256 de 2016</p>	<p>Ley 909 de 1994 Ley 1064 de 1996. Decreto 1072 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Trabajo. Resolución 0312 de 2019 Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Decreto 2157 de 2017, por medio del cual se adoptan directrices generales para la elaboración del plan de gestión del riesgo de desastres de las entidades públicas y privadas en el marco del artículo 42 de la ley 1523 de 2012". Guía-Hospitalaria-para-la-Gestión-del-Riesgo-de-Desastres Minsalud Colombia. Parámetros Formulación plan Hospitalario de Emergencias.</p>
--	--	---

RECURSOS

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
<p>Gerente Subdirector Científico Subdirector Administrativo Representante de la dirección (Talento Humano) Representante de la dirección (Gestión Jurídica y contratación)</p>	<p>Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación.</p>	<p>Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas de salud ocupacional y clima laboral</p>
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Inadecuada selección de personal Reinducción, inducción y entrenamiento Deficiente Alta rotación de personal Deficiente control del proceso</p>	<p>Administración de riesgos laborales (elementos de protección personal, enfermedades laborales, accidentabilidad) Seguimiento al ausentismo laboral Satisfacción cliente interno Cumplimiento programas y planes</p>	<p>FI.GH-001 Accidentalidad FI.GH-002 Ausentismo laboral FI.GH-003 Rotación del personal FI.GH-004 Proporción de satisfacción cliente interno FI.GH-005 Proporción de cumplimiento de actividades del plan de formación FI.GH-006 Proporción de cumplimiento de actividades del plan de impacto frente a la evaluación de clima laboral</p>



 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 33 de 72

	<p>Evaluación de desempeño.</p> <p>Adherencia al plan de emergencias y atención a multitudes.</p> <p>Porcentaje de Hojas de vida cumpliendo criterios de habilitación</p>	<p>FI.GH-007 Proporción de cumplimiento de actividades del plan de bienestar laboral e incentivos</p> <p>FI.GH-008 Promedio de días para respuesta de reclamaciones del cliente interno</p> <p>FI.GH-010 Proporción de funcionarios evaluados oportunamente con base en los parámetros establecidos por el sistema de gestión por competencias</p> <p>Cobertura lograda en la implementación de la reinducción y entrenamiento.</p> <p>Adherencia al programa de Cultura Organizacional.</p>
--	---	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
-----------------------------	----------------------------

<p>P.GH.001 Ingreso del Talento Humano</p> <p>P.GH.002 Permanencia Gestión Organizacional</p> <p>P.GH.003 Permanencia Gestión Administrativa</p> <p>P.GH.004 Retiro del Personal</p> <p>P.GH 005 Convenios Docencia Servicio</p> <p>P.GH-006 Prevención y control de consumo de alcohol, tabaco y sustancias Psicoactivas</p> <p>P.GH-007 Gestión del Cambio en Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>P.GH-008 Trabajo en Alturas</p> <p>P.GH-009 Reintegro laboral</p> <p>P.GH-010 Elementos de protección personal.</p> <p>M.GH-006 Manual de Imagen y Comportamiento.</p> <p>M.GH-008 Manual de Sistema de gestión de Seguridad y salud en el trabajo</p> <p>PR.GH-001- Programa de vigilancia epidemiológica radiación ionizante</p> <p>PR.GH-002 Vigilancia Epidemiológica Riesgo Biológico</p> <p>PR.GH-003 Inspecciones de Seguridad</p> <p>PR.GH-004 Trabajo en Alturas</p> <p>PR.GH-005 Vigilancia Epidemiológica Osteo Muscular.</p> <p>PL.GH-001 Plan de Capacitaciones</p> <p>PL.GH-002 Plan de Bienestar</p> <p>PL.GH-003 Plan Emergencias Sede Hospital</p> <p>PL.GH-004 Plan Emergencias Sede Barrios Unidos</p> <p>PL.GH-005 Emergencia Externa Multitud de Lesionados</p>	<p>Acuerdos, Resoluciones, Actas de Comité Bienestar Social, comité COPASST, comisión de personal, asesorías externas de la ARL, estudios universitarios para proveer cargos, programa de selección de personal; nomina (seguridad social, pago, pasivo pensional).</p> <p>Autodiagnóstico 1.1Gestionaentohumano</p>
---	--





PL.GH-006 Plan Estratégico de Seguridad Vial
 PL.GH-007 Plan estratégico Talento Humano
 PL.GH-008 Plan de previsión del recurso humano
 PL.GH-009 Plan de Vacantes
 PL.GH-010 Plan anual de seguridad y salud en el trabajo

PROCESO:	Gestión Financiera (GF)	TIPO:	Apoyo
OBJETIVO:	Administrar con calidad y transparencia los recursos financieros de la Institución mediante el control de entradas y salidas a través de los diferentes sistemas, bajo los principios presupuestales y fiscales vigentes, para la toma de decisiones y garantizar la permanencia de la institución	LÍDER:	Subdirección Administrativa
		ALCANCE:	Presupuesto, Contabilidad, facturación, tesorería, cartera, auditoría de cuentas médicas

INTERACCIÓN

PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES	SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control. Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Normas de presupuesto para cada vigencia. Manual del sistema de administración de riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo "sarlaft" Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos	P Elaboración de plan estratégico del proceso financiero Elaboración de presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica de la organización, la proyección de necesidades y a los requerimientos legales Identificación de requisitos contractuales y ajustes al software financiero de acuerdo a las variaciones. Establecer directrices para el Procedimiento de Manejo de Tesorería. Definición de la Norma para estandarizar las operaciones de Caja Menor Definición de las políticas contables para la implementación Normas NIIF Identificación de cartera Identificación de recaudos Identificación y priorización de cuentas	Procedimientos definidos e implementados del proceso de gestión financiera Contabilidad institucional bajo la norma NIFF Registros contables Estados Financieros Arqueo de Caja Menor	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB





	con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad		<p>por pagar</p> <p>Identificación de centros de costos.</p> <p>Identificación de los riesgos definidos desde el SARLAF.</p> <p>Estructurar políticas para cumplir lo establecido desde el SARLAF.</p>		
		H	<p>Ejecución presupuestal.</p> <p>Realizar ajustes al software financiero de acuerdo a las variaciones de la norma para emisión de informes según requerimiento y registros de servicios bajo los criterios definidos desde la contratación.</p> <p>Análisis contables y generación de informes financieros bajo normas NIIF</p> <p>Programa de saneamiento fiscal y financiero</p> <p>Facturación de servicios de acuerdo a lo pautado en los contratos con las EAPB y envío de cuentas</p> <p>Recaudo de recursos financieros</p> <p>Control de cuentas por pagar</p> <p>Control de cuentas por cobrar y cartera</p> <p>Realizar procesos de Gestión Persuasiva.</p> <p>Implementación de las políticas para minimizar riesgos de lavado de activos según el SARLAF</p>		
		V	<p>Seguimiento a la ejecución presupuestal</p> <p>Seguimiento contable a la gestión financiera de la organización</p> <p>Monitoreo, seguimiento y evaluación el programa de saneamiento fiscal y financiero</p> <p>Seguimiento a la facturación y gestión de glosas</p> <p>Seguimiento a márgenes de contratación</p> <p>Seguimiento al recaudo y disponibilidad de flujo de efectivo</p>		





			<p>Seguimientos indicadores del proceso</p> <p>Seguimiento a costos.</p> <p>Seguimiento a riesgos derivados de la normatividad regulada desde el SARLAF</p>		
		A	<p>Ajustes a la ejecución presupuestal</p> <p>Respuesta y gestión de glosas</p> <p>Definición de ajustes de impacto a márgenes de contratación negativos</p> <p>Definición de políticas de impacto a los costos operacionales de la ESE</p> <p>Definición de planes de acción y de mejora con respecto al desempeño del proceso.</p> <p>Gestionar el el riesgo de ser de ser el ESE instrumento para dar apariencia de legalidad frente al lavado de activos y financiación de actividades terroristas.</p>		

REQUISITOS

Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
<p>Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, en la Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación.</p> <p>Funcion Publica -MIPG Guia de la administración de Riesgos y diseño de controles en entidades publicas.</p> <p>Dimensión de Control Interno.</p> <p>Auditorias independientes de Control interno – (Contable).</p>	<p>Estándares</p> <p>Direccionamiento, Gerencia SUA. Resolución 5095 de 2018</p> <p>Indicadores Decreto 2193 de 2004 (SIHO)</p>	<p>Decreto 2420 de 201, Único reglamentario de los decretos reglamentarios de la ley 1314 de 2009.</p> <p>Decreto 2483 de 2018, compila y actualiza marcos técnicos de información financiera NIIF</p> <p>Ley 1314 de 2009 regula principios y normas Internacionales de Información Financiera de contabilidad en Colombia</p> <p>Ley 1438 de 2011</p> <p>Ley 1608 de 2013 Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.</p> <p>Decreto 1141 de 2013 Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar</p>



 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 37 de 72

		<p>las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones</p> <p>Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo</p>
--	--	--

RECURSOS

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
<p>Gerente</p> <p>Subdirector Administrativo</p> <p>Representante de la dirección (presupuesto, Contabilidad, facturación, tesorería, cartera, auditoría de cuentas médicas)</p>	<p>Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación, interfaces.</p>	<p>Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas</p>
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>No pertinencia en disponibilidades, reservas presupuestales y órdenes de pago</p> <p>Error en la generación de los costos institucionales"</p> <p>Inoportunidad en la generación de informes financieros</p> <p>Inoportunidad en el pago de las obligaciones tributarias</p> <p>Que la información financiera no refleje la realidad de la ESE, en términos de revelación, pertinencia, confiabilidad y oportunidad</p> <p>Pérdida de recursos de la ESE</p>	<p>"Procedimientos formales Aplicados, verificación de certificados y reservas presupuestales. Plan de pagos, revisión y aprobación por Gerencia"</p> <p>"Procedimientos formales aplicados, personal capacitado, revisión y aprobación de los centros de costos e informes por jefe de cada área o unidad estratégica de negocios, análisis y toma de decisiones"</p> <p>Normas y procedimientos claros aplicados, personal capacitado, seguimiento a cronogramas establecidos por norma, revisión y aprobación por responsables</p> <p>Normas y procedimientos claros aplicados, personal capacitado, seguimiento a cronogramas</p>	<p>FI.GF-001 Glosa neta final aceptable</p> <p>FI.GF-002 Proporción de glosas recibidas que después de su revisión fueron aceptadas</p> <p>FI.GF-003 Rotación de cartera</p> <p>FI.GF-004 Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida</p> <p>FI.GF-005 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior</p> <p>FI.GF-006 Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya</p> <p>FI.GF-007 Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico mediante los siguientes mecanismos: compras conjuntas, compra a través de cooperativas de ESE y compras a través de mecanismos electrónicos</p> <p>FI.GF-008 Resultado equilibrio presupuestal con recaudo</p> <p>FI.GF-009 Riesgo fiscal y financiero</p> <p>FI.GF-010 Proporción de servicios facturados</p>



<p>asociada al proceso de gestión financiera</p>	<p>establecidos por norma, revisión y aprobación por responsables</p>	<p>condonados al paciente FI.GF-011 Margen EBITDA</p>
<p>Pago a proveedores sin los soportes requeridos</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-012 Rentabilidad del activo FI.GF-013 Rentabilidad del patrimonio FI.GF-014 Generación interna de fondos GIF</p>
<p>No efectuar los pagos a los proveedores correspondientes</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-015 Prueba ácida FI.GF-016 Flujo de caja libre FI.GF-017 Razón corriente</p>
<p>Traslado de los dineros recaudados sin la custodia requerida</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-018 Rotación de cartera de contabilidad FI.GF-019 Rotación de inventarios FI.GF-020 Rotación de cuentas por pagar FI.GF-021 Margen de utilidad operacional</p>
<p>Giro de cheques sin consultar saldos en bancos</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-022 Nivel de endeudamiento FI.GF-023 Punto de equilibrio FI.GF-025 Proporción de facturas radicadas</p>
<p>Ingresos sin identificación del pagador.</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-026 Proporción de facturas cobradas por trimestre vencido FI.GF-027 Proporción de distribución de facturas por evento por trimestre vencido</p>
<p>No implementación de política contable según las normas NIIF.</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a la información financiera y contable que den cuenta de la razonabilidad y utilidad de la misma en los términos y tiempos exigidos y establecidos en la normatividad existente en la materia</p>	<p>FI.GF-028 Proporción de facturas que presentaron errores</p>
<p>Operatización de riesgos sobre lavado de activos y financiación del terrorismo.</p>	<p>Conciliación periódica entre los diferentes módulos y contabilidad</p>	
<p>Incumplimiento de las funciones de los oficiales de cumplimiento en el sistemas de gestión, Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).</p>	<p>Seguimiento, revisión y control a los recursos disponibles para que su inversión estén acordes a las necesidades requeridas y aprobadas por la normativa existente a nivel institucional Lista de chequeo para el cumplimiento y seguimiento a los soportes que debe requerirse para las cuentas por pagar</p>	
	<p>Verificar y actualización datos proveedores inscritos (NIT, No. Cuenta</p>	





	<p>dónde se debe girar los recursos, tipo de pago, liquidación de tributos de norma, tipo de pago y forma).</p> <p>Asignar los oficiales de cumplimiento, encargado del sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).</p> <p>Tesorería establecer procedimientos para recoger dineros por concepto de recaudo diario, garantizando una buena custodia y disposición en la Caja General</p> <p>Consultar saldos disponibles en bancos de la cuenta giradora (Extractos bancarios, boletín de tesorería)</p> <p>Revisión permanente de ingresos interbancarios y verificar fuente del ingreso y requerimiento de soportes para descargar, especialmente cuando se trate de ingresos por concepto pago venta de servicios en salud</p>	
<p>DOCUMENTOS ASOCIADOS</p>		<p>REGISTROS ASOCIADOS</p>
<p>P.GF.1 - 001 Recepción y respuesta a glosas</p> <p>P.GF.1 - 002 conciliación glosas reiteradas y recobros.</p> <p>P.G.CR -001Gestion cartera tipo usuario</p> <p>P.GF.2 - 002 Conciliación Cartera</p> <p>P.GF.2 - 003 Gestión cartera entidades</p> <p>P.GF.2- 004 Custodia facturas</p> <p>P.GF.2- 005 Traslado cartera</p> <p>P.GF.3 -001 Clasificación y registro contable</p> <p>P.GF.3 -002 elaboración informe financiero</p> <p>P.GF.4- 001 formulación presupuesto vigencia</p> <p>P.GF.4- 002 elaboración de disponibilidad presupuestal</p>		<p>Balance General-Estado de resultados.</p> <p>Informe de pérdidas y ganancias</p> <p>Conciliaciones contables</p> <p>Soportes requeridos.</p> <p>Reportes SARLAF</p>





P.GF.4- 003 elaboración de registro de disponibilidad presupuestal
P.GF.4- 004 Ejecución presupuestal
P.GF.4-005 Análisis presupuestal
P.GF.4- 006 traslado presupuestal vigencia fiscal
P.GF.4-007 elaboración adición presupuestal
P.GF.4-008 cierre presupuestal
P.GF.5-001 identificación de recaudo y registro de consignación
P.GF.5- 002 pago a proveedores
P.GF.F-001 Facturación servicios ambulatorios.
P.GF.F-002 Facturación servicios urgencias.
P.GF-A-001 Procedimiento admisión del usuario
M.GF.001-Manual Sarlaft.
M.GF-002 Manual de políticas contables.
M.GF.003 Manual Interno de Recaudo de cartera. (Resolución 278 de 2019)

PROCESO:	Gestión de Ambiente y recursos Físicos (GA)	TIPO:	Apoyo
OBJETIVO:	Garantizar la disponibilidad y el adecuado funcionamiento de los bienes, instalaciones físicas y la totalidad de la infraestructura física, biomédica y tecnológica de la ESE de tal manera que ésta pueda contribuir a una eficiente prestación de los servicios de salud y a disminuir los riesgos para los trabajadores y los pacientes durante el proceso de atención.	LÍDER:	Subdirección Administrativa
		ALCANCE:	Manejo seguro del espacio físico, manejo seguro de los Residuos asociados a la atención en salud. Manejo seguro de la tecnología biomédica, mobiliario hospitalario y equipos industriales Conservación del medio ambiente bajo la responsabilidad social que atañe al sector

INTERACCIÓN

PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias	Sistema Integrado de Gestión, el	P	Elaboración del plan estratégico del proceso Identificación de tecnología y de	Recursos necesarios para la operación de	Entes de control Usuarios y sus familias





<p>Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB</p>	<p>manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad</p>	<p>necesidades de renovación o adquisición tecnológica Identificación de necesidades de compras y contratación de bienes, insumos y servicios acorde a la planeación Institucional y a los requerimientos legales. Plan de compras con el proceso de selección de proveedores Elaboración del plan de gestión integral de residuos. Revisión de normas y resultados de auditoria del proceso de limpieza y desinfección. Planear las actividades relacionadas con el ambiente de trabajo necesarias para garantizar la seguridad en la operación de los procesos Elaboración de planes de mantenimiento preventivo y correctivos Diseñar de planes de contingencia para falta de energía, agua, no recolección de residuos. Estructurar lineamientos requeridos para garantizar bioseguridad al personal y a la comunidad usuaria Definir Lineamientos para la vigilancia y seguridad del usuario. Estructura plan de autoevaluación de requisitos de habilitación para infraestructura y dotación. Definir plan de trabajo para manejo y diligenciamiento de la información en el software de mantenimiento institucional. Estructura cronograma de actualización de inventarios de activos fijos y caracterización de inservibles y elementos para dar de baja. Plan de trabajo para realización de</p>	<p>procesos. Áreas y servicios ajustados a las normas de habilitación y bioseguridad. Equipos biomédicos seguros para la prestación de los servicios. Plan de adquisiciones aprobado, entregado y publicado. Plan de mantenimiento integral remitido a instancia de control. Plan de contingencia aprobado</p>	<p>Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB</p>
---	---	---	--	---





			controles bacteriológicos del servicio y personal de servicio de alimentación		
		H	<p>Ejecución de compras de acuerdo al procedimiento</p> <p>Realizar la Renovación tecnológica bajo programación</p> <p>Ejecución de planes de mantenimiento preventivo y correctivo.</p> <p>Ejecución de programa de calibración y parametrización de equipos</p> <p>Ejecución del plan de gestión integral de residuos hospitalarios PGIRASA</p> <p>Implementar el manual de limpieza y desinfección y realizar la adherencia .</p> <p>Implementar lineamientos documentados en manual de bioseguridad para diferentes áreas y servicios incluye funcionarios y usuarios.</p> <p>Realizar autoevaluación de estándares de habilitación relacionados al proceso (Infraestructura y Dotación)</p> <p>Realización de simulacros sobre plan de contingencias.</p> <p>Registro de la información pertinente en software de mantenimientos</p> <p>Actualización de inventario de activos fijos.</p> <p>Implementar plan de disposición de inservibles bajo norma y política institucional.</p> <p>Gestión de cotizaciones y necesidad justificada para realización de controles bacteriológicos del servicio y personal de servicio de alimentación</p>		
		V	<p>Seguimiento al plan de compras</p> <p>Verificación de bienes y servicios adquiridos</p>		





		<p>Evaluación y reevaluación de proveedores</p> <p>Seguimiento a planes de mantenimiento a su cumplimiento y efectividad</p> <p>Seguimiento a ejecución de planes de contingencia</p> <p>Verificar cumplimiento de los estándares de habilitación de dotación e infraestructura.</p> <p>Seguimiento a implementación del PGRASA, manual de bioseguridad, manual limpieza y desinfección. Verificar inventarios y su correlación contable.</p> <p>Validar sistematización de hojas de vida de equipos desde el software de mantenimiento.</p> <p>Seguimiento a indicadores del proceso</p> <p>Seguimiento a la elaboración del RESPEL.</p> <p>Verificar cumplimiento de lineamientos para el personal del servicio de alimentación.</p> <p>Realizar controles bacteriológicos del servicio y personal de servicio de alimentación</p>		
	A	<p>Ajustes al plan de compras</p> <p>Ajustes a los planes de mantenimiento respondiendo a estándares de habilitación</p> <p>Reevaluar el proceso de selección de equipos e insumos según se requiera</p> <p>Ajustes de planes de contingencia</p> <p>Acciones de impacto frente a los hallazgos de las inspecciones de bioseguridad.</p> <p>Plan de mejora frente a fallas de adherencia al manual de limpieza y desinfección.</p> <p>Plan de mejora frente a fallas de</p>		



 <p>E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 44 de 72

		<p>adherencia al plan de gestión integral de residuos.</p> <p>Plan de mejora frente a fallas de adherencia al manejo de equipos biomédicos desde los funcionarios.</p> <p>Plan de mejora según resultados de controles bacteriológicos del servicio y personal de servicio de alimentación</p>		
--	--	--	--	--

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico con base al Decreto 1499 de 2017 y el Manual de MIPG, Componente administración de riesgos.	Resolución 3100 de 2019. Estandares de dotación, infraestructura. Estándares Gestión de Ambiente Físico, Gestión de Tecnología del SUA Resolución 5095 de 2018.	Decreto 4725 de 2005. reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Decreto 351 de 2014, reglamenta gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades. Decreto 2676 de 2000. Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Decreto 4741 de 2005. reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral. Decreto 3518 de 2006. Manual De Inspección, Vigilancia Y Control Sanitario De Alimentos Y Bebidas Basado En Riesgo Para Las Entidades Territoriales De Salud
RECURSOS		



TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Administrativo Equipo Mantenimiento y Servicios Generales Biomédico	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos biomédicos, industriales, generales, mobiliario clínico, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, servicio de alimentación, servicio de lavandería, depósito de residuos, reserva de agua, planta eléctrica, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Inconsistencias en la estimación de necesidades y en la formulación del plan de compras de la ESE Inoportunidad en la entrega de pedidos a los diferentes procesos Falta de control en los inventarios Incidentes y eventos adversos Infecciones nosocomiales Inoportunidad en el mantenimiento correctivo de equipos Fallas en la gestión PGIRASA Presencia de accidentes de trabajo. Falla en manejo técnico y seguro de equipos biomédicos. Incorrecto diligenciamiento del RH1 y Respel	Verificación y seguimiento a las compras. Verificación al proceso de distribución Seguimiento al inventario Seguimiento a EA e infecciones Seguimiento al plan de mantenimiento de planta física y equipos. Monitoreo de tiempos de respuesta Utilización de elementos de protección personal. Verificación de adherencia a manual de bioseguridad. Verificación de adherencia a manual de limpieza y desinfección. Verificación de adherencia a PGIRASA.	FI.GA-001 Proporción de controles bacteriológicos satisfactorios con respecto al servicio de alimentación FI.GA-002 Proporción de mantenimiento correctivo realizado a infraestructura FI.GA-003 Proporción de mantenimiento preventivo realizado a infraestructura FI.GA-004 Proporción de mantenimiento preventivo realizado a equipos biomédicos FI.GA-005 Proporción de mantenimiento correctivo de equipos biomédicos realizados dentro del tiempo establecido FI.GA-006 Cobertura de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos FI.GA-007 Proporción de calibraciones programadas y realizadas FI GA del 001-005 Indicadores del PGIRASA. (Proporción de residuos hospitalarios reciclados (kg). Residuos al relleno sanitario- Residuos desactivación- Residuos Incinerados- Residuos otros sistemas de tto.) Cumplimiento de la rendición de informes RH1 y Respel





DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
<p>P.GA.046 Realización de mantenimiento preventivo P.GA.047 Realización mantenimiento correctivo P.GA.005 limpieza de equipos P.GA.016 asignación de activos fijos P.GA.017 Administración de activos fijos P.GA.003 Gestión de compras. P.GA.06 Mantenimiento preventivo equipos Biomédicos. M.GA-001 Manual de Limpieza y Desinfección M.GA-002 Manual de implementación del programa de las 5'S M.GA-003 Manual de Bioseguridad M.GA-004 Manual de buenas prácticas para el servicio de alimentación M.GA-005 Manual de vigilancia y seguridad del usuario P.GA-004 Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades - PGIRASA I.GA-003 instructivo para la verificación de inventarios. I.GA-017 Instructivo venta de bienes dados de baja</p>	<p>Instrumentos de evaluación de adherencia a: Manual de limpieza y desinfección Plan de gestión integral de residuos Asociados a la atención en salud. Plan de mantenimiento preventivo Plan de mantenimiento correctivo</p>

PROCESO:	Gestión Jurídica y Contratación (GJ)	TIPO:	Apoyo
OBJETIVO:	Asegurar que las actuaciones administrativas y judiciales de la Institución se enmarquen y soporten dentro de los parámetros legales	LÍDER:	Representante de la Dirección (gestión Jurídica)
		ALCANCE:	Asesoría Jurídica Contratación Procesos Judiciales

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y	P	Planear de acuerdo a los requerimientos presentados Tutela, demanda, derecho de petición, requerimiento de concepto, en caso de exhorto o requerimiento judicial. Identificar los cambios normativos que se	Sentencias y fallos judiciales Normatividad	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE





internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad		<p>generen en el medio</p> <p>Definir los requerimientos de contratación para garantizar la prestación de servicios de la ESE</p> <p>Socializar el código único disciplinario.</p> <p>Definir requisitos para los contratos y ordenes de servicio referente a cumplir por el contratista</p>	<p>actualizada</p> <p>Conceptos y decisiones jurídicas.</p> <p>Contratos elaborados y formalizados bajo requisitos de norma.</p> <p>Ordenes de servicios elaboradas formalizadas bajo requisitos de norma.</p> <p>Informe de seguimiento a la contratación actualizado y registros de ejecución</p>	Oficina de control interno EAPB
		H	<p>Realizar seguimiento al proceso judicial</p> <p>Asistir audiencias</p> <p>Elaborar memoriales</p> <p>Aportar las pruebas requeridas</p> <p>Analizar queja o denuncia para el respectivo proceso disciplinario</p> <p>Presentar y sustentar recursos en los procesos judiciales</p> <p>Realizar la consolidación de condiciones contractuales con las EAPB, talento humano y bienes y servicios para su posterior formalización</p> <p>Proyectar actos administrativos (proyectos de acuerdo)</p> <p>Implementar Código Único Disciplinario.</p> <p>Disponer de lista de chequeo para contratistas</p> <p>Realizar seguimiento a la ejecución de contratos con interacción de interventores.</p> <p>Diligenciar plantilla de seguimiento a contratación consolidando periódicamente avance de ejecución.</p> <p>Realizar revisión al normograma institucional y verificar necesidad de ajuste y actualización</p>		
		V	<p>Evaluar la efectividad de los procesos judiciales</p> <p>Realizar interventoría a las condiciones contractuales.</p> <p>Realizar fallos a los procesos</p>		





			<p>disciplinarios.</p> <p>Validar correlación de la plantilla seguimiento a contratación e informes de interventores en la ejecución de pagos.</p> <p>Consolidar informe de liquidación de contratos</p> <p>Revisión de normas emitidas y que apliquen a la ESE en los diferentes procesos</p>		
		A	<p>Cerrar los procesos legales</p> <p>Cerrar los procesos contractuales</p> <p>Cerrar los procesos disciplinarios.</p> <p>Actualizar el normograma institucional de todos los procesos</p>		

REQUISITOS

Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017. Manual de MIPG, Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estándares de Direccionamiento y Gerencia de SUA. Resolución 5095 de 2018.	Acuerdo 379 de 2014 Estatuto de Contratación Resolución 126 de 2014 Manual de Contratación Normograma Institucional Ley 1474 Estatuto anticorrupción Ley 734 de 2001 Código Único Disciplinario Ley 019 de 2012 Anti tramites Ley 1712 de 2014 Acceso a la información Publica

RECURSOS

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Representante de la Dirección (Coordinador	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 49 de 72

Jurídica) Abogado Externo Abogado Contratación	sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, , sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	condiciones requeridas, equipamiento de protección
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Incumplimiento de orden judicial establecida en fallo de tutela</p> <p>Sentencias en contra de la E.S.E</p> <p>Sanción durante el proceso Judicial</p> <p>Desactualización en la normatividad.</p> <p>Celebración indebida de contratos</p> <p>No cumplimiento de las obligaciones definidas en el contrato u omisión de alguna obligación en la minuta del mismo.</p> <p>Falencias en la etapa precontractual por debilidad en la planeación de la contratación y realización de los estudios previos.</p> <p>Contratos de bienes y/o servicios para los servicios de salud se realicen sin las formalidades plenas</p> <p>Reducida continuidad en las políticas de salud del país, multiplicidad y cambio constante en la normatividad en salud</p> <p>Respuesta inoportuna a las solicitudes de requerimientos legales.</p>	<p>Verificar respuesta presentada frente a los términos de la acción en contra de la entidad.</p> <p>Verificar que la respuesta se haya dado oportunamente</p> <p>Verificación que el Normograma esté de acuerdo a la normatividad</p> <p>Verificar que la norma aplicable haya sido divulgada y desplegada</p>	<p>FI.GJ-001 Proporción de tutelas interpuestas</p> <p>FI.GJ-002 Proporción de ejecución de las tutelas</p> <p>FI.GJ-003 Proporción de procesos fallados a favor de la ESE</p> <p>FI. GJ-004 Proporción de contratos liquidados</p>
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS ASOCIADOS
<p>P.GJ- 001 Supervisión de contratos</p> <p>P.GJ-002 Asesoría y representación jurídica</p> <p>P.GJ-003 Acción de Tutela</p>		<p>Acuerdo 487 de 2019 Reglamento de trabajo</p> <p>M.DE-002 Código Integridad, Ética y Buen Gobierno V07 -</p> <p>19Normograma</p>

7.3 Procesos Misionales

PROCESO:	Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (PP)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Brindar servicios integrales a la población del Municipio de Caldas en servicios que promuevan el cuidado en salud y la prevención de la enfermedad como la vigilancia en salud pública de acuerdo a las políticas de salud definidas	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Promoción de la Salud (IEC), Detección temprana, protección específica, salud pública y vigilancia epidemiológica

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P	Identificación de necesidades y expectativas del usuario Elaboración del plan estratégico del proceso Identificación y captación de población susceptible de actividades de promoción de la salud, detección temprana y protección específica de acuerdo a Normatividad aplicable Programación y planificación de actividades de detección temprana y protección específica Programación y planificación de actividades de salud pública Inducción a la demanda con la posterior accesibilidad. Programa de Actividades de atención extramural y Plan de Intervención Colectiva Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia.	Usuario que conoce sus riesgos de enfermar y los controla. Usuario y familia informado y educado sobre los riesgos de enfermar	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia		



		<p>Aplicación de las Guías y Protocolos adoptados</p> <p>Ejecución de las acciones y atenciones para cumplir con las actividades programadas</p> <p>Inducción a la demanda a otros programas</p> <p>Diligenciamiento de registros clínicos</p> <p>Diligenciamiento de RIPS</p> <p>Programa educativo dirigido a la colectividad (IEC) información, educación e información.</p>		
	V	<p>Seguimiento al modelo de atención de acuerdo a la aplicación de guías y protocolos adoptados</p> <p>Seguimiento al de continuidad en los programas.</p> <p>Seguimiento al acceso</p> <p>Análisis de resultados e impacto de los programas</p> <p>Seguimiento a la satisfacción del usuario</p> <p>Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso</p> <p>Evaluación de coberturas e indicadores</p> <p>Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos</p> <p>Seguimiento a efectividad de las actividades educativas</p> <p>Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso.</p>		
	A	<p>Búsqueda activa de insistentes a programas.</p> <p>Redefinición de estrategias de captación y fidelización del usuario con los programas.</p> <p>Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso</p> <p>Ajuste a cronogramas de programación de acuerdo a los alcances logrados en coberturas e indicadores.</p>		



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 52 de 72

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional. Plan decenal de Salud Publica 2012-2021 Resolución No. 3280 de 2018 MIAS – RIAS. Resolución 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE Resolución 3202 de 2016, Manual metodológico de RIAS Protocolos de Vigilancia Epidemiológica INS.
RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Representante de la Dirección (Coordinador Primer nivel)	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, , sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Incumplimiento de metas de p y p Insuficiente capacitación Infraestructura inadecuada Entrega incompleta de medicamentos	Validación de rips antes de enviarlos a las aseguradoras Plan de capacitación con temas de interés para el proceso Adecuaciones a la infraestructura Oportunidad en la entrega de medicamentos y garantía de que el paciente la tenga en menos de 48 horas	FI.PP-001 Proporción de metas cumplidas en PyP FI.PP-002 Proporción de citologías alteradas con revisión y seguimiento oportuno FI.PP-003 Proporción de embarazadas con asesoría en VIH FI.PP-004 Proporción de casos de sífilis congénita FI.PP-005 Proporción de hipertensión arterial controlada

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 53 de 72

		FI.PP-006 Proporción de pacientes con diabetes controlada FI.PP-007 Número de niños con bajo peso al nacer FI.PP-008 Proporción esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año FI.PP-009 Proporción de demanda inducida efectiva FI.PP-010 Proporción visita de campo de eventos epidemiológicos realizadas oportunamente Proporción parto vértice espontáneo cesárea Oportunidad para las maternas que ingresan antes de la semana 12 Proporción de adherencia guías en promoción y prevención Proporción usuarios satisfechos frente a los encuentros educativos PyP
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS ASOCIADOS
P.PP-001 Atención en los programas de detección temprana y protección específica y otras de interés P.PP-002 Atención a la colectividad (IEC) P.PP-003 Actividades de Vigilancia Epidemiológica P.PP-004 Demanda Inducida		Registro individual prestación de servicios (RIPS) Captación de susceptibles Monitoreo Rápido

PROCESO:	Consulta Externa (CE)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Prestar servicios de consulta externa garantizando las condiciones de atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que responda el restablecimiento de condiciones óptimas de salud.	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Consulta medicina general, consulta de medicina especializada, consulta en salud oral, atención en disciplinas no médicas habilitadas (fisioterapia, sicología, nutrición, terapia respiratoria)

INTERACCIÓN



PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES	SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión con la identificación de paciente y sus derechos Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia Realización de guías basadas en la evidencia científica	Usuario con conducta definida Usuario con educación frente al motivo de consulta. Usuario con continuidad en la atención	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia Proceso de atención basado en guías basadas en la evidencia científica Interconsulta de pacientes Rreferencia y contrareferencia de pacientes		
		V Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso		
		A Redefinición del modelo de atención Actualización de Guías Clínicas basadas en la evidencia Ajustes a los procedimientos de acuerdo a los servicios ofertados Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso		



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 55 de 72

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional
RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Representante de la Dirección Líder de Primer nivel)	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, , sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Infraestructura inadecuada Falta oferta especialidades Tarifas no competitivas Deserción de usuarios Usuario no adherente al tratamiento o no controlado No cumplimiento a metas de promoción y prevención	Validación de rips antes de enviarlos a las aseguradoras Plan de capacitación con temas de interés para el proceso Adecuaciones a la infraestructura Oportunidad en la entrega de medicamentos y	FI.CE-001 Oportunidad de la asignación de cita en la CMG FI.CE-002 Oportunidad en la atención en consulta de odontología general FI.CE-003 Reingreso a CMG por la misma causa antes de 10 días FI.CE-011 Proporción adherencia a guía de odontología FI.CE-004 Oportunidad de la asignación de cita en la CME FI.CE-005 Oportunidad en la atención de consulta de medicina interna FI.CE-006 Oportunidad en la atención de consulta de pediatría FI.CE-007 Oportunidad en la atención de consulta de gineco-obstetricia FI.CE-008 Proporción de pacientes con morbilidad obstétrica severa FI.CE-009 Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que fallecieron FI.CE-010 Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 56 de 72

	garantía de que el paciente la tenga en menos de 48 horas	remitidas Promedio de minutos transcurridos entre la hora en que se le asignó la cita y la hora de atención Proporción de adherencia a guía de consulta general primer nivel Eventos adversos generados en consulta externa de primer nivel
--	---	--

DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
P.CE 001 Atención en odontología P.CE-002 Atención en Consulta Externa general y especializada P.CE-003 C Externa Nutrición P.CE-004 C Externa Fisioterapia P.CE-005 Consulta Ambulatoria Terapia Respiratoria PT.CE- 001 Terapia Fisica Sistema Cardiopulmonar PT.CE-002 Sistema Musculo_esqueletico PT.CE-003 Sistema Nervioso PT.CE-001 Profilaxis Antibiótica Odontología PT.CE-003 Complicaciones en Odontología. PT.CE-004 Atención paciente compromiso sistémico Odontología PT.CE-005 Toma Imágenes en Odontología PT.CE-Prótesis dental total GPC Adoptadas por resolución Institucional: Resolución 318 Política implementación guías Resolución 341 Adopción GPC Primeras Causas – Resolución 388 Adopción Guías internacionales Resolución 389 Adopción Guías y Manuales Asociaciones Científicas Resolución 077 de 2019 Adopción guías salud oral. Resolución 355 Adopción RIAS y MIAS DE 2018	Resolución No. 3280 de 2018 MIAS – RIAS. Resolución 2626 de 2019 adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE Resolución 3202 de 2016, Manual metodológico de RIAS Protocolos de Vigilancia Epidemiológica INS.

PROCESO:	Urgencias (UR)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Prestar servicios de urgencias de baja y mediana complejidad que garantice las condiciones de atención, diagnóstico, tratamiento y conducta que responda al restablecimiento de las condiciones de salud para el paciente.	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Clasificación (traje) Ingreso Atención Egreso



INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P	Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión con la identificación de paciente y sus derechos Identificación de necesidades y expectativas del usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia Realización de guías basadas en la evidencia científica	Usuario estabilizado Usuario con conducta definida Usuario con educación frente al motivo de consulta. Usuario con continuidad en la atención	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia Proceso de atención basado en guías basadas en la evidencia científica Interconsulta de pacientes		
		V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso		
		A	Redefinición del modelo de atención Actualización de Guías Clínicas basadas en la evidencia		



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 58 de 72

		Ajustes a los procedimientos de acuerdo a los servicios ofertados Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	
--	--	--	--

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Representante de la Dirección (Coordinador Urgencias) Técnico en regulación de pacientes	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, , sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección
RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Infraestructura inadecuada Falta oferta especialidades Tarifas no competitivas Deserción de usuarios	Validación de rips antes de enviarlos a las aseguradoras Plan de capacitación con temas de interés para el proceso Adecuaciones a la infraestructura Oportunidad en la entrega de medicamentos y garantía de que el paciente la tenga en	FI.CE-001 Oportunidad de la asignación de cita en la CMG FI.CE-002 Oportunidad en la atención en consulta de odontología general FI.CE-003 Reingreso a CMG por la misma causa antes de 10 días FI.CE-011 Proporción adherencia a guía de odontología FI.CE-004 Oportunidad de la asignación de cita en la

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 59 de 72

	menos de 48 horas	CME FI.CE-005 Oportunidad en la atención de consulta de medicina interna FI.CE-006 Oportunidad en la atención de consulta de pediatría FI.CE-007 Oportunidad en la atención de consulta de gineco-obstetricia FI.CE-008 Proporción de pacientes con morbilidad obstétrica severa FI.CE-009 Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que fallecieron FI.CE-010 Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas remitidas Promedio de minutos transcurridos entre la hora en que se le asignó la cita y la hora de atención Proporción de adherencia a guía de consulta general primer nivel Eventos adversos generados en consulta externa de primer nivel
--	-------------------	---

DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
P.UR-001- Admisión e ingreso del paciente al servicio de urgencias P.UR-002- Triage en Urgencias P.UR-003- Planeación y ejecución de tratamiento de pacientes de urgencias P.UR-004- Egreso de urgencias P.UR-005- Remisión de usuarios del servicio de urgencias P.UR-006- Traslado del paciente del servicio de urgencias a hospitalización GPC Adoptadas por resolución Institucional: Resolución 318 Política implementación guías Resolución 341 Adopción GPC Primeras Causas – Resolución 388 Adopción Guías internacionales Resolución 389 Adopción Guías y Manuales Asociaciones Científicas	Código azul Clasificación Triage Protocolos de enfermería Protocolo de procedimientos menores Consentimientos informados por procedimiento



PROCESO:	Hospitalización (HO)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Prestar servicios de Hospitalización para el segundo nivel de baja y mediana complejidad que garantice las condiciones de atención, diagnóstico, tratamiento y conducta que responda al restablecimiento de las condiciones de salud para el paciente.	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Ingreso Atención Egreso

INTERACCIÓN

PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES	SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión Identificación de necesidades y expectativas del usuario Identificación de alertas en el usuario Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Usuario con conducta definida	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	Usuario con educación frente al motivo de consulta. Usuario con continuidad en la atención	
		V Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos		



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 61 de 72

		Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Auxiliar de Enfermería en regulación de pacientes	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección



RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Afectación de la Seguridad del paciente</p> <p>Rondas retardadas</p> <p>Subregistro medicamentos y dispositivos médicos</p> <p>Insuficiente dotación tecnológica y falta de mantenimiento</p> <p>Abandono social de pacientes</p>	<p>Realizar auditoria de adherencia a guías, protocolos y paquetes instruccionales.</p> <p>Seguimiento diario a inicio y desarrollo de las rondas hospitalarias.</p> <p>Manejo de inventario por paciente</p> <p>Seguimiento a efectividad de rondas médicas</p>	<p>FI.HO-001 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados</p> <p>FI.HO-002 Porcentaje ocupacional</p> <p>FI.HO-003 Promedio días estancia</p> <p>FI.HO-004 Razón de referencias urgentes solicitadas por otras IPS que fueron aceptadas</p> <p>FI.HO-005 Análisis de mortalidad intrahospitalaria</p> <p>FI.HO-006 Evaluación de aplicación de guías de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida</p> <p>FI.HO-007 Evaluación de aplicación de guías de manejo específica: hemorragia del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación</p> <p>FI.HO-008 Pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual</p> <p>FI.HO-009 Tasa de infección intrahospitalaria</p> <p>FI.HO-010 Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas</p> <p>FI.HO-011 Razón giro cama</p> <p>FI.HO-012 Proporción de usuarios con adherencia a las recomendaciones de cuidado post egreso</p> <p>FI.HO-013 Proporción de usuarios con altas voluntarias</p> <p>Promedio de minutos transcurridos entre la orden de alta y el egreso del paciente</p> <p>Promedio de minutos transcurridos entre la orden médica de remisión y el momento del egreso para la institución a la cual fue remitido el paciente</p>
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS ASOCIADOS
<p>P.HO-001 Registro e ingreso al usuario al servicio de hospitalización</p> <p>P.HO-002- Planeación del tratamiento y del cuidado del paciente hospitalizado</p> <p>P.HO-003- Egreso del usuario del servicio de hospitalización.</p> <p>p.HO-004 Atención nutricional en hospitalización</p> <p>GPC Adoptadas por resolución Institucional:</p> <p>Resolución 318 Política implementación guías</p> <p>Resolución 341 Adopción GPC Primeras Causas –</p> <p>Resolución 388 Adopción Guías internacionales</p> <p>Resolución 389 Adopción Guías y Manuales Asociaciones Científicas</p>		<p>M PA 004 Manual Consentimiento Informado</p> <p>Consentimientos Informados Por procedimiento</p>



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 63 de 72

PROCESO:	Cirugía (CX)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Prestar servicios de Cirugía de baja y mediana complejidad que garantice las condiciones de atención, diagnóstico, tratamiento y conducta que responda al restablecimiento de las condiciones de salud para el paciente.	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Ingreso Atención Egreso

INTERACCIÓN					
PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES		SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P	Elaboración del plan estratégico del proceso Acceso y admisión Identificación de necesidades y expectativas del usuario Lista de chequeo de cirugía segura Planeación de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia	Cirugía realizada	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H	Ejecución del plan de cuidado y tratamiento según Modelo de Atención Integral Centrado en el paciente y su familia y las GPCBE Referencia del paciente a tercer nivel de atención	Condiciones de riesgo controladas Continuidad en la atención Usuario con educación de cuidados pos operatorios	
		V	Seguimiento al modelo de atención Seguimiento al acceso y la admisión del usuario Seguimiento a la evolución del usuario Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento a riesgos, indicios de atención insegura y eventos adversos		

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 64 de 72

		Seguimiento a la satisfacción del usuario Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad del proceso	
	A	Redefinición de conducta clínica Re estandarización de procedimientos y GPCBEC Definición de planes de mejora frente a oportunidades de mejora o eventos adversos detectados en el proceso	

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Representante de la Dirección (Coordinador Cirugía) Técnico en regulación de	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, , sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 65 de 72

pacientes		
-----------	--	--

RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
Afectación de la Seguridad del paciente Cancelación de Cirugías Mala praxis Insuficiente dotación tecnológica y falta de mantenimiento Programación inadecuada de cirugía	Control de condiciones de seguridad Análisis mensual de causales de cancelación de cirugías. Seguimiento a las complicaciones quirúrgicas Priorización de programación con autorizaciones próximas a vencer	FI.CX-001 Proporción de nacimientos por cesárea FI.CX-002 Índice de reintervenciones quirúrgicas no esperadas FI.CX-003 Proporción de cancelación de cirugía programada FI.CX-004 Proporción de pacientes sin consentimiento informado FI.CX-005 Oportunidad en la realización de cirugía programada FI.CX-006 Promedio de minutos para la administración de hemoderivados en casos de hemorragia FI.CX-006 Promedio de minutos para la administración de hemoderivados en casos de hemorragia FI.CX-008 Proporción de partos intervenidos con fórceps FI.CX-009 Eventos adversos presentados en el servicio de cirugía

DOCUMENTOS ASOCIADOS	REGISTROS ASOCIADOS
P.CX-001- Programación Quirúrgica P.CX-002- Atención Pre- anestésica P.CX-003- Ingreso del usuario ambulatorio P.CX-004- Ingreso del usuario por hospitalización y/o urgencias P.CX-005- Atención en quirófano P.CX-006- Egreso de usuario. P.CX-008 Anestesia general PT.CX -002 Anestesia conductiva PT.CX-10 Anestesia ortopedia. PT.A-019 Sedacion _y_analgesia_I_y_II M-CX-002 Manual procedimientos Cirugía GPC Adoptadas por resolución Institucional: Resolución 318 Política implementación guías Resolución 341 Adopción GPC Primeras Causas – Resolución 388 Adopción Guías internacionales Resolución 389 Adopción Guías y Manuales Asociaciones Científicas	Manual práctico del servicio de cirugía Programa de cirugía segura salva vidas DEX. PA-012 Manual preparación pte Qx traslado Cgia M PA 004 Manual Consentimiento Informado Consentimientos Informados Por procedimiento



PROCESO:	Apoyo Asistencial (AA)	TIPO:	Misional
OBJETIVO:	Prestar servicios de apoyo de baja, mediana y alta complejidad que garantice las condiciones de atención, diagnóstico, tratamiento y conducta, que responda al restablecimiento de las condiciones de salud para el paciente	LÍDER:	Subdirección Científica
		ALCANCE:	Laboratorio Clínico Trasfusión Sanguínea Servicio Farmacéutico Imagenología Esterilización Traslado Asistencial Básico y medicalizado Referencia y Contrareferencia

INTERACCIÓN

PROVEEDOR	ENTRADA (INSUMO)	ACTIVIDADES	SALIDA (PRODUCTO)	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB	Sistema Integrado de Gestión, el manual de procesos y procedimientos con el ciclo PHVA de cada proceso y el manual de calidad	P Elaboración de plan estratégico del proceso Verificación de las condiciones de trabajo y del recurso humano necesario para la prestación del servicio Acceso y admisión del paciente Verificación de información y/o conocimiento del paciente con respecto a las ayudas diagnósticas y/o terapéuticas Verificación de condiciones del paciente	Usuario con continuidad en el proceso de atención. Usuario con el tratamiento requerido Usuario con ayudas diagnósticas realizadas	Entes de control Usuarios y sus familias Clientes internos Procesos de la ESE Oficina de control interno EAPB
		H Toma de muestra o realización de la prueba Procesamiento de las ayudas diagnósticas Entrega de ayuda terapéutica ordenada Instrucciones sobre atenciones realizadas o productos entregados Referencia de muestras a otros niveles de atención		
		V Controles de calidad internos y externos de pruebas diagnósticas Seguimiento a la pertinencia en la atención Seguimiento eventos adversos Seguimiento a eficacia, eficiencia y efectividad		



		del proceso	
	A	Definición de conductas de impacto a fallas detectadas durante la operación del proceso o en el producto entregado Reestandarización de procedimientos o protocolos de atención	

REQUISITOS		
Organizacionales	Legales	Del Cliente
Remitirse a los listados maestros de documentos y al modelo de control de documentos.	Remitirse al Normograma Institucional	La Totalidad de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo
MIPG	SOGC	Otros si aplican
Componente de Direccionamiento Estratégico Decreto 1499 de 2017.	Estándares del proceso de atención al cliente Asistencial del SUA Resolución 5095 de 2018	Normograma Institucional

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	AMBIENTE DE TRABAJO
Gerente Subdirector Científico Representante de la Dirección (Coordinador Servicio Farmacéutico) Laboratorio Clínico Imagenología Transporte Asistencial Básico	Instalaciones locativas y condiciones que cumplen con los estándares requeridos por el sistema de habilitación, equipos de cómputo, equipo de oficina, software empresarial, sistema operativo Windows, MS Office, equipos de comunicación	Iluminación, ventilación, manejo adecuado de residuos, planta eléctrica, tanque de agua y todas las condiciones requeridas, equipamiento de protección



Central de Esterilización.
Referencia y Contrarreferencia

RIESGOS	PUNTOS DE CONTROL	INDICADORES
<p>Esterilización</p> <p>Indicadores de control biológico y de calidad positivos.</p> <p>Instrumental incompleto requerido al procedimiento.</p> <p>Paquetes quirúrgicos incompletos.</p> <p>Paquetes quirúrgicos húmedos.</p> <p>Infecciones de Sitio operatorio superiores al estándar institucional.</p> <p>Dispositivos de reuso con cultivos positivos.</p> <p>Servicio Farmacéutico</p> <p>Presencia de reacciones adversas a medicamentos relacionados con la utilización</p> <p>Perdida de insumos (medicamentos / dispositivos médicos)</p> <p>Afectación del inventario</p> <p>Entrega errónea de medicamentos</p> <p>Inoportunidad con la entrega de medicamentos/dispositivos (demanda insatisfecha).</p>		<p>Esterilización</p> <p>FI.AA-001 Proporción de ampollas biológicas con resultado de cultivo negativo</p> <p>FI.AA-002 Porcentaje de listas de chequeo realizadas</p> <p>FI.AA-003 Proporción de test de Bowie Dick aprobados</p> <p>FI.AA-004 Proporción de días en que la temperatura está dentro del rango exigido</p> <p>FI.AA-005 Proporción de cultivos negativos en dispositivos de reuso</p> <p>FI.AA-006 Número de paquetes húmedo o con viraje incorrecto del indicador externo</p> <p>FI.AA-007 Número de reclamos o devoluciones por mal viraje del indicador externo</p> <p>FI.AA-008 Proporción material deteriorado por programa o método esterilización mal seleccionado</p> <p>FI.AA-009 Proporción eventos adversos de central de esterilización</p> <p>Servicio Farmacéutico</p> <p>FI.AA-011 Proporción de eventos adversos derivados del uso de dispositivos médicos o equipos biomédicos</p> <p>FI.AA-012 Proporción de eventos adversos derivados del uso de medicamentos</p> <p>FI.AA-013 Proporción de medicamentos POS oportunamente entregados</p> <p>FI.AA-014 Proporción de usuarios hospitalizados en los cuales se detectó PRUM</p> <p>FI.AA-015 Proporción de PRUM gestionados efectivamente</p> <p>FI.AA-016 Índice de rotación de inventario</p> <p>Proporción de eventos adversos detectados en el servicio farmacéutico</p> <p>Imagenología</p> <p>FI.AA-021 Oportunidad en la atención de servicios</p>





Imagenología

Inoportunidad en atención.

Mala lectura de los estudios diagnósticos.

Estudios con mala identificación del paciente.

Imagen diagnostica de sitio errado.

Sobre exposición del paciente y/o funcionarios a los rayos X.

Irradiación a gestante.

Reacción a medio de contraste.

Extravasación de medio de contraste.

Caida de paciente en el servicio

Laboratorio.

Inoportunidad en atención

Inoportunidad Entrega resultados.

Mala lectura de los estudios diagnósticos.

Muestras con mala identificación del paciente.

Muestra sin conservar cadena de frio o estabilidad según caso

Multiples punciones

Muestra contaminada

Falta de confidencialidad a los registros clínicos relacionados

Caida de paciente en el servicio.

Referencia y Contrareferencia.

Demora en la Regulación

de imagenología

Promedio de minutos de espera transcurridas entre la solicitud de la ayuda diagnóstica y la entrega del resultado

Promedio de minutos transcurridas entre la referencia de una prueba diagnóstica y la recepción del resultado

Proporción de ayudas diagnósticas entregadas dentro del tiempo estándar establecido

Promedio de días transcurridos entre la solicitud del servicio y el momento en el cual es atendido el paciente

Índice de reprogramación de ayudas diagnósticas por fallas en la información suministrada al paciente

Proporción de órdenes diagnósticas diligenciadas correctamente

Proporción de pruebas de apoyo diagnóstico con asertividad en los controles de calidad externos
índice de pruebas repetidas por fallas en el proceso de atención





Remisión a nivel diferente requerido.
Comunicación errónea entre
Institución receptora y reguladora.
Remisión de paciente sin
estabilización previa.

DOCUMENTOS ASOCIADOS

REGISTROS ASOCIADOS

Esterilización.

P.AA-131 Buenas Practicas de Esterilización V5

I.AA-131 Transporte y almacenamiento material esteril

M.AA-131 Reuso de Dispositivos Medicos

Farmacia

P.AA-170 Selección MD y DM V4 -18

P.AA-171 Adquisición MD -DM EQU Otros V5

P.AA-172 Recepción Almacenamiento V5-18

P.AA-173 Distribución Medicamentos DM V5 -18

P.AA-174 Dispensación MD Ambulatoria V2 -18

P.AA-175 Atención farmacéutica V1-17

P.AA-176 Disposición final de medicamentos.

PT.AA-170 Prescripción segura de medicamentos

PT.AA-171 Uso Seguro de Antibióticos

I.AA-170 Manejo de medicamentos de control

I.AA-171 Cadena Frio Medicamentos v1 -18

I.AA-172 Manejo Seguro de los gases medicinales

I.AA-173 Factores ambientales Controles - Recepción técnica y administrativa

I.AA-176 Conciliación medicamentosa

I.AA-177 Manejo de medicamentos con riesgo de errores

I.AA-178 Conservación de medicamentos - Dispositivos médicos

I.AA-179 Transporte Interno externo de medicamentos biológicos y otros

Referencia y Contrareferencia.

P.AA-141 Remisión del paciente ambulatorio

P.AA-142 Remisión del paciente urgente

P.AA-143 Referencia y Contrareferencia

M.AA-141 Manual de Referencia y contrarreferencia -

Transporte Asistencial





PT.AA-142 Traslado intrahospitalario de pacientes
PT.AA-143 Transporte Asistencial de pacientes.
I.AA-141 Instructivo para la circulación de ambulancias
I.AA-142 Recomendaciones acompañantes TA.
Laboratorio.
P.AA-021 Admisión del usuario, toma y recepción de muestras
P.AA-022 Procesamiento de muestras de Laboratorio Clínico
P.AA-023 Entrega de Resultados
P.AA-026 Gestión de DM y reactivos invitro
P.AA-025 Procedimiento Atención en el servicio de transfusiones
P.AA -027 Procesamiento y lecturas de citología cervicouterina.
M.AA-021 Toma, Recepción, Preparación y Transporte de muestras.
M.AA-022 Control de Calidad Laboratorio Clínico
M.AA-023 Procesamiento inmunología básica
M.AA-024 Procesamiento sección hematología
M.AA-025 Procesamiento sección microbiología
M.AA-026 Procesamiento de sección uroanálisis
M.AA-027 Procesamiento de sección coagulación
M.AA-028 Procesamiento sección química
M.AA-029 Procesamiento sección hormonas
M.AA-030 Procesamiento sección microscopia
M.AA-033 Recepción, almacenamiento, entrega y disposición final de hemocomponentes.
M.AA-034 Procedimientos técnicos en medicina transfusional.
Imaginología.
P.AA 01 Proceso de atención.
P.AA.02 Proceso de Egreso
M.AA-101 Protección radiológica para los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes
M.AA-102 Preparaciones y cuidados pos procedimientos de radiología e imagenología
PT.AA-101 Garantía de la calidad de la imagen
PT.AA-102 Toma de Rayos X.
PT.AA-103 Administración, prevención y manejo de EA medios de contraste
PT.AA-104 Mamografía.
PT.AA-105 Toma Ecografías.
PT.AA-106 Tomografías.
PT.AA-107 Protocolo para la atención de gestantes
PT.AA-108 Manejo de reacciones adversas al medio de contraste.

M PA 004 Manual Consentimiento Informado
Consentimientos Informados Por procedimiento



 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Caldas - Antioquia	MANUAL DE CALIDAD	Código: M.DE-003
		Versión: 05
		Página 72 de 72

7.1. Interacción De Procesos

El planteamiento está desde como identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema que contribuye a la eficiencia y eficacia de la E.S.E. en el logro de sus objetivos; entender las interdependencias entre los diferentes procesos, estructurar los enfoques que armonizan e integran los procesos, proporcionar una mejor interpretación de responsabilidades necesarias para la consecución de los objetivos comunes y así reducir barreras interfuncionales, entender las capacidades organizativas y establecer las limitaciones de los recursos antes de establecer la forma en que deberían funcionar las actividades dentro del sistema el cual debe mejorar continuamente a través de la medición y la evaluación.

La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y decisiones claras, por tal motivo la E.S.E. garantice el acceso a la información pertinente de sus procesos facilitando el control social su aplicación conduce a demostrar que la organización trabaja en forma legal y actúa de manera correcta realizando los procesos tal y como están descritos.

8. NOTAS DE CAMBIO

Elaboro: Nathalia Correa León	Cargo: Coordinadora de Calidad	Fecha de elaboración: Enero de 2015
Reviso: Comité de Calidad y Equipo MECI	Cargo:	Fecha de revisión: Enero de 2015
Aprobó: Robinson Bustamante Restrepo	Cargo: Gerente	Fecha de aprobación: Enero de 2015

Versión	Ítem	Descripción del cambio	Razón del cambio	Aprobó	Fecha
01		Definición			2015
02		Actualización	Ajuste de las Políticas al Plan de Desarrollo vigente 2012-2015 y al cambio de la estrategia.		2015
03		Actualización	Ajuste de las Políticas al Plan de Desarrollo 2016-2020. Estructura de Procesos modificada		2016
04		Actualización	Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Manual de Acreditación 2018. Políticas PAIS. Inclusión procedimientos Apoyo Asistencial	CIGD	2019
05		Actualización	Revisión y ajuste de actividades y relación de documentos del gestor documental		2020