

## **PRESENTACIÓN**

El manual de procesos describe detalladamente cómo se llevan a cabo las diferentes actividades y procedimientos de La ESE Hospital La María, proporcionando una guía clara y completa para que los empleados comprendan las distintas etapas de un proceso y las responsabilidades asociadas a cada una de ellas.

El manual de procesos incluye información sobre los objetivos y la estructura organizacional de La ESE Hospital La María, así como una descripción detallada de los procesos clave que se utilizan para llevar a cabo las operaciones diarias.

El manual de procesos es una herramienta útil para mejorar la eficiencia y la eficacia de una organización, al garantizar que todos los empleados comprendan claramente los procesos y las responsabilidades asociadas a su trabajo.

La ESE Hospital La María mediante la documentación de sus procesos contribuye al logro de la misión, visión y objetivos de la institución. En La ESE Hospital La María, la adopción del manual de procesos y procedimientos; materializa el que hacer de la institución mediante los principales lineamientos que normalizan el adecuado funcionamiento de cada uno de los procesos identificados con los subprocesos, servicios o áreas que lo componen, con el propósito fundamental de contar con una herramienta descriptiva que permita comprender el cómo de la realización de cada una de las actividades propias de los procesos, evitar la desarticulación y alteración del normal funcionamiento de los procesos; cuando se genere rotación del personal y mantener siempre el norte en el cumplimiento de los objetivos y el mejoramiento continuo

El manual especifica los procesos, procedimientos, las actividades, sus interrelaciones con otros procedimientos, los Líderes responsables de su ejecución y las evidencias generadas con la ejecución de las actividades.

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## 1. **IMPORTANCIA DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN LA E.S.E HOSPITAL LA MARÍA**

Permite el empoderamiento de los Líderes y Coordinadores de áreas y servicios a través de la claridad en la definición de los objetivos y las actividades

Contribuye a dar continuidad y coherencia al que hacer de cada uno de los Procesos

Delimita responsabilidades y evita la desorientación en la ejecución de un procedimiento o actividad determinada

Facilita el seguimiento al cumplimiento de las actividades.

Es fuente de consulta permanente, para la orientación de la forma en la que se da la prestación de los servicios al interior de la E.S.E

Se realiza revisión continua para identificar las fuentes de desviaciones y realiza los cambios pertinentes permitiendo la búsqueda de oportunidades de mejora y la implementación de medidas preventivas.

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## 2. OBJETIVOS DEL MANUAL

### 2.1 OBJETIVO GENERAL

Optimizar el desempeño en la ejecución de los procesos, mediante la definición de las actividades más relevantes; documentadas mediante procedimientos para favorecer la comprensión y el sostenimiento del que hacer del Proceso en el tiempo.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Permitir una visión general e integradora de todos los Procesos desarrollados en el Hospital para la comprensión del objetivo de la Misión, desde el enfoque de Procesos.

Generar cultura en el personal de un sistema de gestión de la calidad, de los beneficios de la información documentada y controlada como herramienta de gestión para mantener el orden en el funcionamiento de los Procesos y en el Hospital.

Precisar los procedimientos a documentar de cada uno de los procesos, mediante su determinación en el ciclo del hacer de cada uno de los procesos.

Brindar una herramienta de orientación que permita racionalizar y mejorar en forma continua la ejecución de los procedimientos que les competen.

Facilitar el proceso de mejoramiento continuo mediante la documentación, sensibilizando al personal que en ausencia de éstos se dificulta la revisión, el ajuste, la retroalimentación y el mejoramiento en la gestión de los Procesos.

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

### 3. GLOSARIO

#### 3.1 MAPA DE PROCESOS:

Representación gráfica que refleja la gestión por procesos y el enfoque sistémico de la E.S.E Hospital La María. Está conformado por cuatro niveles de procesos: De direccionamiento, misionales, de apoyo y de evaluación.

#### 3.2 GESTIÓN POR PROCESOS

Forma de enfoque laboral que persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo.

#### 3.3 ETAPAS O FASES DEL PROCESO

Son las diferentes acciones que se deben realizar en forma secuencial; utilizando determinados insumos, para contribuir con el resultado final, servicio o producto objeto del proceso.

#### 3.4 MEJORAMIENTO CONTINUO

Es un propósito asumido e interiorizado en la búsqueda de maneras de hacer mejor las cosas, acompañado por una actitud orientada al mantenimiento y perfeccionamiento de los procesos.

**3.5 PROCESO:** Es un conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados, enmarcadas dentro del ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

**3.6 PROCEDIMIENTO:** Es la forma establecida para llevar a cabo una actividad, en la cual se debe definir el nombre de la actividad, la descripción de la misma y el o los responsables. El documento detalla las instrucciones y pasos para la realización de las actividades que se llevan a cabo en cada una de las tareas que conforman el procedimiento.

**3.7 MAPA DE PROCESOS:** Representación gráfica de los Procesos de la Institución.

**3.8 ACTIVIDAD:** Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un procedimiento y es el COMO.

**3.9 MANUAL:** Es un documento en forma de trabajo escrito que contiene información, para llevar a cabo determinadas actividades que requieren un nivel de detalle amplio pero que no está sujeto a la descripción detallada de unas actividades.

**3.10 PROTOCOLOS:** Son utilizados para describir los procedimientos clínicos médicos, , laboratorio clínico, de enfermería, entre otros. Este documento apoya la ejecución de los procedimientos definidos por la institución.

**3.11 INSTRUCTIVO:** Documento que describe de manera detallada las actividades para realizar una función específica para el diligenciamiento de formatos o utilización de aplicativos del software de Historia Clínica

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## 4. LINEAMIENTOS GENERALES

### 4.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA E.S.E HOSPITAL LA MARÍA

#### Misión

Somos una Empresa Social de Estado del orden departamental, comprometida con la responsabilidad social, que presta servicios de salud de alta y mediana complejidad; mediante una atención segura, humanizada y con calidad, a través de una gestión transparente y adecuada de los recursos; enfocándose en el mejoramiento continuo, la satisfacción del usuario, la familia y la comunidad; avanzando en la docencia, la investigación y el desarrollo científico de los funcionarios y colaboradores.

#### Visión

La ESE Hospital La María para el año 2030, será un hospital universitario reconocido nacional e internacionalmente en la prestación integral de los servicios de salud, destacándose su experiencia y conocimiento en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y crónicas, con un recurso humano de alto desempeño y una infraestructura moderna y segura.

### 4.2 CODIGO DE INTEGRIDAD

#### Valores

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

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

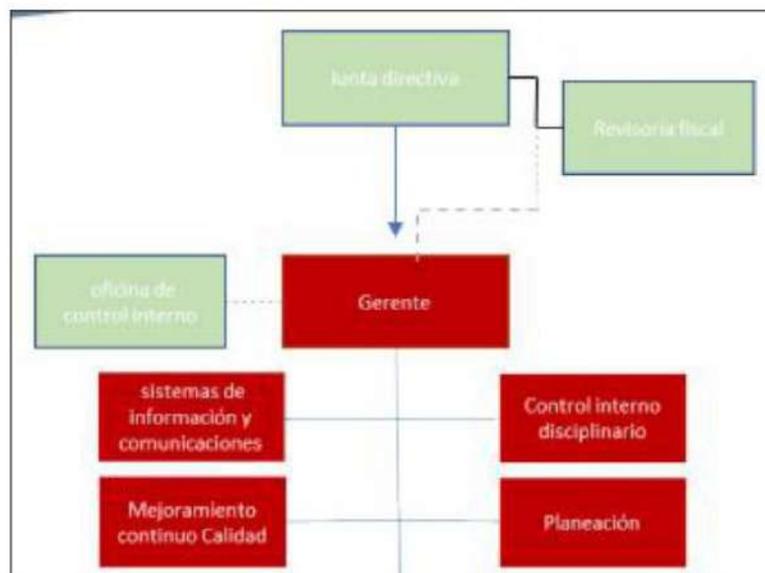
**COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

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

**HUMANIZACIÓN:** Tengo la capacidad y disposición de ponerme en la situación de los pacientes, familiares y acompañantes para brindarles la mejor experiencia en la prestación del servicio de salud, a través de la práctica

### 4.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



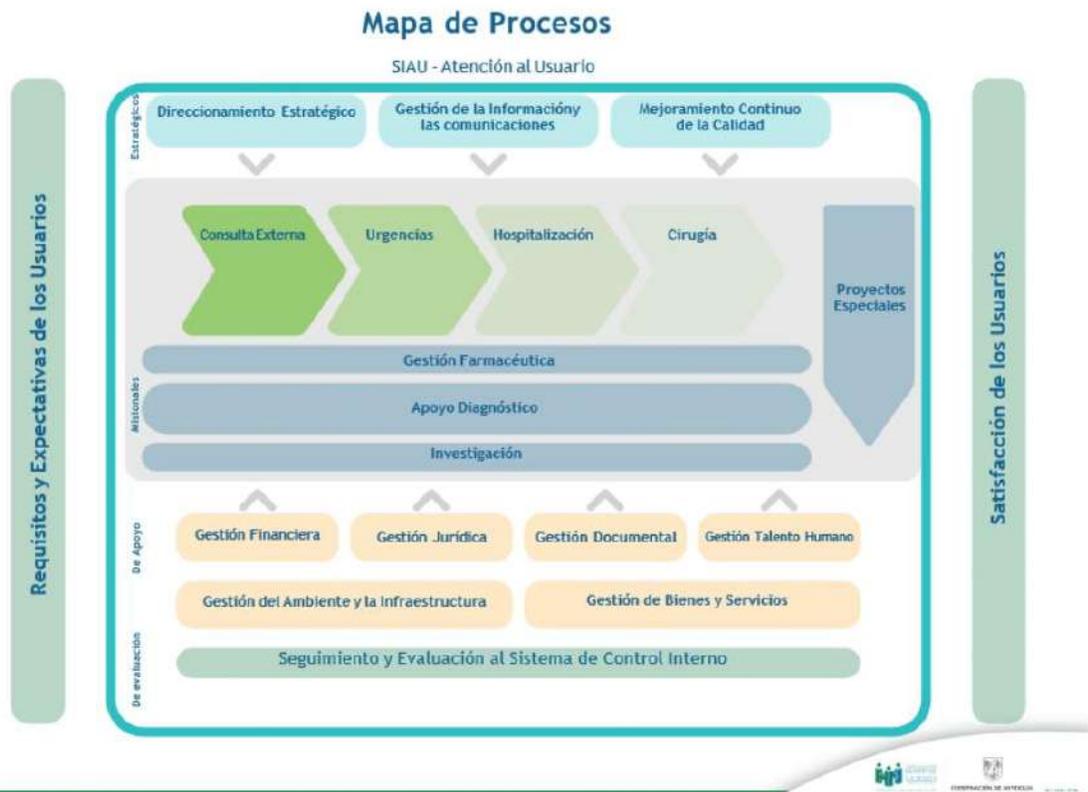
### 4.4 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS:

Teniendo como referencia el concepto "Enfoque basado en procesos", La E.S.E. Hospital La María, diagrama su quehacer mediante un Mapa de procesos, el cual le permite alcanzar los resultados y alinear sus actividades en una sola dirección, para brindar servicios de calidad y amor por la vida.

Los procesos son impulsados por Líderes, cada persona es fundamental en el cumplimiento del objetivo del Proceso. En la E.S.E se definieron 4 grupos de procesos que se describen a continuación; clasificados en estratégicos, misionales, de apoyo, y de evaluación, que a su vez; agrupan en algunos casos áreas y/o componentes que contribuyen al logro de su objetivo. La estructura, contenido y caracterización de cada uno de ellos; le dan respuesta a la misión del Hospital.

#### 4.4. MAPA DE PROCESOS

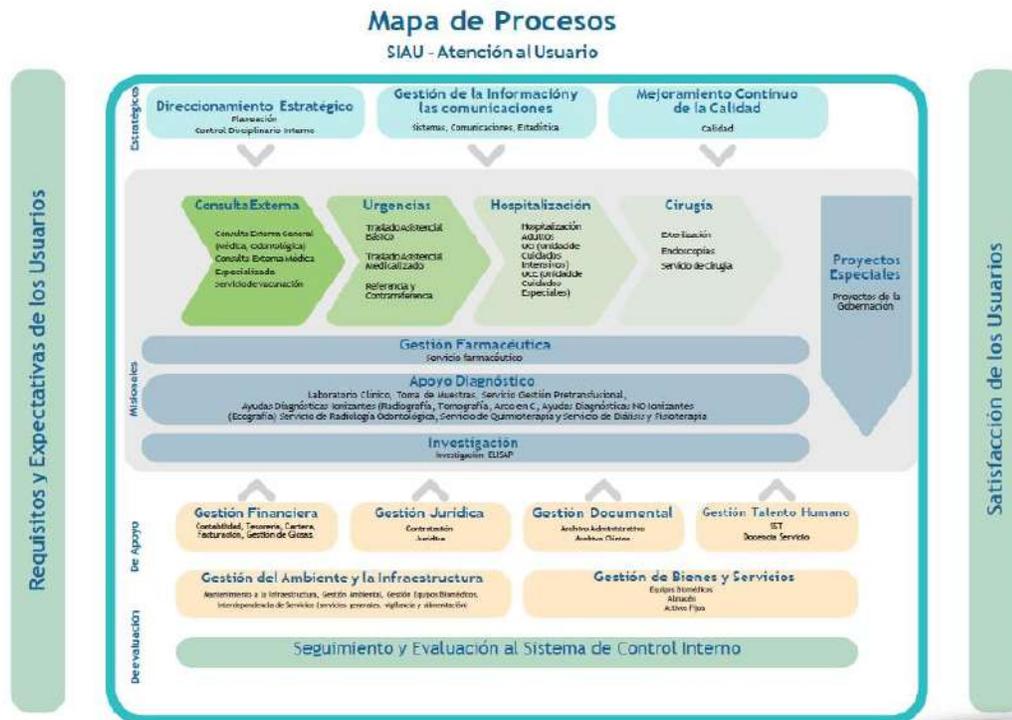
El mapa de procesos fue definido por la alta dirección con los líderes del comité de gerencia; éste establece los diferentes niveles de operación por procesos de acuerdo con el funcionamiento de la institución, en él se clasifican por niveles los procesos de acuerdo con el detalle que requiera su descripción, como apoyo al desempeño de las actividades propias de cada cargo y a los lineamientos estratégicos de la ESE.



#### MAPA DE PROCESOS DETALLADO

Mediante el diagrama del mapa, se hace visible el enfoque de la operación por procesos y mediante la caracterización de los procesos se describe el detalle que requieren los procesos mediante el ciclo PHVA "Planear – Hacer – Verificar – Actuar" que se materializa en la caracterización.

Se cuenta con la descripción del Mapa de Procesos detallado con el contenido de los subprocesos o servicios que lo componen, (se pueden ver las demás áreas que hacen parte integral del Hacer del proceso) y, por lo tanto, contribuyen al logro del objetivo del proceso



## 4.5 DETALLE DE LA ESTRUCTURA DE LOS PROCESOS

### PRIMER GRUPO – PROCESOS ESTRATEGICOS

Son los procesos relativos al establecimiento de lineamientos, estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, revisiones, toma de decisiones y mejoramiento.

PROCESOS ESTRATÉGICOS	SUBPROCESOS
<b>1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	Planeación
	Direccionamiento Estratégico
	Control Disciplinario Interno
<b>2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES</b>	Comunicaciones
	Sistemas
	Estadística
<b>3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>	Calidad
<b>4. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO</b>	Sistema de información y Atención al Usuario

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## SEGUNDO GRUPO – PROCESOS MISIONALES

Son los procesos centrales del Enfoque de Procesos, que contribuyen directamente al cumplimiento de la razón de ser de la E.S.E Hospital la María; la prestación de servicios de salud.

PROCESOS MISIONALES	SUBPROCESOS
<b>5. CONSULTA EXTERNA</b>	Consulta Externa General (Médica, Odontológica)
	Consulta Externa Médica Especializada
	Servicio de Vacunación
<b>6. URGENCIAS</b>	Urgencias
	Traslado Asistencial Básico - TAB
	Traslado Asistencial Medicalizado - TAM
	Referencia y Contrareferencia
<b>7. HOSPITALIZACIÓN</b>	Hospitalización Adultos
	UCE
	UCI
<b>8. CIRUGÍA</b>	Servicio de Cirugía
	Esterilización
	Endoscopia
<b>9. APOYO DIAGNÓSTICO</b>	Laboratorio Clínico
	Toma de Muestras
	Servicio Gestión Pre Transfusional
	Ayudas Diagnósticas Ionizantes (Radiografía, Tomografía, Arco en C)
	Ayudas Diagnósticas No Ionizantes (Ecografía)
	Servicio de Radiología Odontológica
	Servicio de Quimioterapia
	Servicio de Diálisis
Fisioterapia	
<b>10. GESTIÓN FARMACÉUTICA</b>	Servicio Farmacéutico
<b>11. INVESTIGACIÓN (ELISAP)</b>	Investigación
<b>12. PROYECTOS ESPECIALES</b>	Proyectos de la gobernación - Otros

## TERCER GRUPO – PROCESOS DE APOYO

Es el conjunto de procesos que tiene como propósito apoyar los procesos estratégicos, misionales y de evaluación, su propósito es asegurar la provisión de recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos

PROCESOS DE APOYO	SUBPROCESOS
<b>13. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>	Seguridad y Salud en el Trabajo
	Convenios Docencia - Servicio
<b>14. GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	Archivo Administrativo
	Archivo Clínico

<b>15. GESTIÓN DEL AMBIENTE Y LA INFRESTRUCTURA</b>	Mantenimiento a la infraestructura
	Gestión equipos biomédicos
	Gestión Ambiental
	Interdependencia de servicios (Servicios Generales, Vigilancia y Alimentación)
<b>16. GESTIÓN FINANCIERA</b>	Contabilidad
	Cartera
	Tesorería
	Facturación
	Auditoría Glosas
	Gestión de la concurrencia
<b>17. GESTIÓN JURIDICA</b>	Gestión Transparente
	Contratación
<b>18. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Jurídica
	Almacén
	Activos Fijos
	Equipos biomédicos

#### CUARTO GRUPO

##### PROCESOS DE EVALUACIÓN

Hace referencia a las acciones que velan por la eficiencia, eficacia y economía de los métodos, procedimientos y controles establecidos en la institución para el logro de los objetivos institucionales y los fines esenciales del estado.

PROCESOS DE EVALUACION	SUBPROCESOS
<b>19. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROCESO DE CONTROL INTERNO</b>	<b>Control Interno</b>

#### QUINTO GRUPO

##### EJE TRANSVERSAL

Hace referencia a las actividades relacionadas con el fortalecimiento de las relaciones de confianza entre el usuario - la ciudadanía y la ESE Hospital La María, a través del mejoramiento de la prestación de servicios y funciones administrativas, garantizando la satisfacción ciudadana.

PROCESOS EJE TRANSVERSAL	SUBPROCESOS
<b>20. SIAU</b>	<b>Sistema de Atención e información al Usuario</b>

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

#### 4.6 CODIFICACIÓN ESTABLECIDA PARA EL MANUAL

La codificación de procesos, procedimientos y formatos permite la fácil identificación, el control y el dominio general de los mismos por parte del personal y las partes interesadas.

**La caracterización de los procesos:** Se codificarán por las iniciales del tipo de documento CP, el código del proceso y el consecutivo 001. Convirtiéndose en el primero y más importante de los documentos de cada Procesos

Ejemplo: Caracterización Direccionamiento estratégico CP-DIE 001

**Procedimientos:** Se codificarán por las iniciales del tipo de documento PR, seguido del código del proceso y el número del procedimiento.

Ejemplo: PR-DIE -001 Procedimiento para la elaboración y la evaluación del POA

**Formatos:** Se codificarán por las iniciales del tipo de documento FT, seguido del código del proceso al que pertenece y el número consecutivo

FT-DIE-001 Plan Operativo Anual de Inversiones

El presente manual se deberá revisar mínimo una vez al año, y de estas revisiones se propondrán cambios o actualizaciones, las cuales deberán ser justificadas, aprobadas y consignadas en el formato respectivo.

Es responsabilidad del equipo de calidad, elaborar, implementar y actualizar permanentemente el presente manual.

**TABLA DE REFERENCIA PARA CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

CARACTER	DESCRIPCIÓN	
X1	TIPO DE DOCUMENTO	
X2	PROCESO AL QUE PERTENECE	
X3	NÚMERO CONSECUTIVO DE TRES (3) CIFRAS	
NOTA: Cada carácter debe estar separado por un guión (X1-X2-X3)		
TIPO DE PROCESO	PROCESO	CODIFICACIÓN
1. ESTRATÉGICOS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DIE
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	GIC
	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	MCO
2. PROCESOS MISIONALES	APOYO DIAGNOSTICO	ADI
	CRUGIA	CIR
	CONSULTA EXTERNA	CEX
	HOSPITALIZACIÓN	HOS
	ESTERILIZACIÓN	EST
	ORTOPEDA	ORT
	LABORATORIO	LAB
	NUTRICIÓN	NUT
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SPA
	DIALISIS	UID
	QUIMIOTERAPIA	QMT
	TERAPIA FISICA	FIS
	TERAPIA RESPIRATORIA	TR
	TRANSFUSIÓN	TRA
	TRASPLANTE	TRAS
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	UCI
	URGENCIAS	URG
PROCESOS PRIORITARIOS SEDE AMBULATORIA	PPA	
GESTION FARMACEUTICA	GFA	
3. PROCESOS DE APOYO	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	GTH
	GESTIÓN DOCUMENTAL	GDO
	GESTIÓN DEL AMBIENTE Y LA INFRAESTRUCTURA	GAI
	GESTIÓN FINANCIERA	GFI
	GESTIÓN JURIDICA	GJU
4. PROCESO DE EVALUACIÓN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROCESO DE CONTROL INTERNO	GBS
5. PROCESO SIAU	SIAU	CIN
TIPO DE DOCUMENTO		CÓDIGO
CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		CP
PROCEDIMIENTO		PR
PROTOCOLO		PO
MANUAL		MA
MAPA		MP
RECLAMENTO		RG
INSTRUCTIVO		INS
GUÍA		GA
GUIAS RAPIDAS		GR
FORMATO		FT
DOCUMENTO DE POLÍTICAS		DP
DOCUMENTO INFORMATIVO		DI
NORMOGRAMA		NG
POLITICA		PL
GUIA PRACTICA CLINICA		GPC
PLAN		PN
CAPACIDAD INSTALADA		CI
PROGRAMA		PM
CODIGO		CO
OBJETIVOS		OB
RECOMENDACIONES		RE
MODELO		MO

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

#### 4.7 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

**DEFINICIÓN:** Es una serie de actividades secuenciales que a partir de unos recursos (físicos, humanos, financieros, infraestructura) buscan producir un resultado concreto, en un tiempo determinado para un cliente interno o externo.

En la E.S.E Hospital La María, la estructura de la caracterización cuenta con los siguientes elementos:

##### ENCABEZADO

- **Imagen institucional:** debe tener identificado la imagen de la institución actualizada
- **Nombre del proceso:** Identifica el nombre del proceso para ubicarlo dentro del mapa de procesos de la institución.
- **Código:** Debe corresponder al código establecido en el manual de elaboración, codificación, registro y control de documentos vigente en la E.S.E.
- **Fecha:** Esta debe ser la fecha de aprobación de la versión actual.
- **Versión:** corresponde al número de veces que ha sufrido cambios la caracterización.
- **Tipo de proceso:** Estos pueden ser Estratégicos, Misionales, Apoyo y Evaluación.
- **Objetivo del proceso:** Este debe tener un indicador que permita medir el cumplimiento de las metas y un atributo de calidad como: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- **Alcance del proceso:** Identifica los límites del proceso, su inicio, su finalización y su cobertura.
- **Responsable y/o líder:** Es el cargo del funcionario y/o servidor de la institución que se le ha asignado la responsabilidad de coordinar y/o gestionar el cumplimiento del proceso

##### DEFINIR LA ENTRADAS:

- **Proveedor (quien):** son las entidades internas y externas que entregan un producto y un servicio.
- **Entradas (que):** se considera la información, personas, bienes materiales, servicios y recursos económicos que son transformados por el proceso para obtener salida, servicio o producto.
- **Actividades:** se describe en forma secuencial y abreviada las actividades macro que se desarrollan en el proceso, deben corresponder al ciclo PHVA, el cual permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.
- **Planear:** Establece los objetivos del sistema y sus procesos y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la institución. Ejemplo: elaboración del plan de necesidades, planificar el recurso del talento humano.

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

- **Hacer:** Implementar lo planificado. Ejemplo: ejecutar planes, actividades.
- **Verificar:** realizar el seguimiento y (cuando se aplicable), la medición de los procesos y los productos y servicios respecto a las políticas, objetivos, requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados. Ejemplo: revisión de cuentas, seguimientos a indicadores, seguimientos a auditorías.
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar el desempeño cuando sea necesario. Ejemplo: acciones correctivas, preventivas y de mejora del proceso.

#### DEFINIR LAS SALIDAS

- **Salidas (que):** es toda información, bien, material, servicio, persona, recurso económico que es transformado durante el proceso y genera valor agregado para el cliente o para la institución. Este resultado de la transformación se llama producto, servicio o salida.
- **Clientes (a quien):** son los clientes tanto internos como externos que reciben directamente los productos o servicios que se generan en el proceso. Ejemplo: usuarios y familias, estudiantes, universidades.

#### RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO

- **Humanos:** identifica y relaciona los cargos de los servidores que se encuentran en la estructura organizacional de la institución o particulares que ejercen funciones públicas que intervienen en las diferentes etapas del proceso.
- **Físicos:** identifica los equipos, maquinaria, software, hardware y bienes inmuebles que el proceso requiere.
- **Financieros:** identificar y registrar la fuente de financiación para el cumplimiento de los procesos.
- **Infraestructura:** Define los espacios y/o lugares necesarios para llevar a cabo las actividades definidas en el proceso.

#### DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROCESO

Listado de documentos vigentes por proceso, documentos relacionados que contienen descripción de las actividades tales como: Manual, guía, procedimiento, instructivo.

#### INDICADORES DEL PROCESO

Son variables utilizadas para medir y/o comparar los resultados obtenidos en la ejecución del proceso. Los indicadores deben estar consolidados en el tablero institucional de indicadores.

#### RIESGOS DEL PROCESO

Identificar los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales y emprender acciones de mejora frente a estos. Deben estar descritos de la misma manera dentro del mapa de riesgos de la institución.

#### REQUISITOS LEGALES APLICABLES AL PROCESO

Se debe consultar el normograma institucional y los requisitos normativos diferentes al sistema de gestión de calidad que son requisitos para la gestión del proceso.

## CONTROL DE CAMBIOS

Se deben relacionar el número de la versión de las veces que ha sido modificado el proceso, la fecha de la actuación realizada, el motivo del cambio y la descripción del mismo.

El Hospital debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.

## ANEXO CARACTERIZACIONES

### PRIMER GRUPO PROCESOS ESTRÁTEGICOS

#### 1. DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL

		<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> FT-MCO-025 <sup>α</sup>
				<b>Versión:</b> 004 <sup>α</sup>
		<b>Proceso:</b> Direccionamiento Estratégico <sup>α</sup>	<b>Responsable:</b> Gerente - Líder De Planeación <sup>α</sup>	<b>Fecha:</b> Noviembre de 2022 <sup>α</sup>
COPIA CONTROLADA <sup>¶</sup>				
<b>Objetivo:</b> Establecer políticas, directrices, planes y programas en cumplimiento de la misión y las metas organizacionales, para realizar la adecuada gestión de recursos que conduzcan al cumplimiento de las expectativas de la comunidad, el aumento de la rentabilidad social y la sostenibilidad de la E.S.E en el tiempo <sup>α</sup>			<b>Alcance:</b> Comprende desde la formulación del Plan de Desarrollo Institucional, Plan Plurianual de Inversiones, Plan Operativo Anual de inversión, planes de acción y proyectos, hasta el monitoreo, seguimiento y evaluación para la toma de decisiones. <sup>α</sup>	
Proveedores <sup>α</sup>	Entradas <sup>α</sup>	Actividades <sup>α</sup>	Salidas <sup>α</sup>	Clients <sup>α</sup>
Todos los procesos ¶ Junta directiva ¶ Entidad gubernamental ¶ Gerencia ¶	Normatividad ¶ Acuerdos vigentes ¶ Identificación de recursos ¶ Datos estadísticos α	1. → Identificar requisitos legales y reglamentarios ¶ 2. → Proyectar el cronograma para la formulación de la planeación estratégica institucional ¶ 3. → Programar la recolección de los datos estadísticos para la consolidación del diagnóstico institucional ¶ 4. → Definir el plan de trabajo para la formulación del Plan de Desarrollo Institucional y sus tiempos de medición ¶ 5. → Proyectar la realización del plan plurianual de inversión ¶ 6. → Definir el plan de trabajo para la elaboración del plan operativo anual de inversión y sus tiempos de medición ¶ 7. → Identificar los recursos necesarios para la plataforma estratégica formulada (PDI - POAI - Plan Plurianual) ¶ 8. → Recolectar las necesidades institucionales para definir la planeación de la formulación de los diferentes proyectos de inversión ¶ 9. → Proyectar el desarrollo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MPG) ¶ 10. → Proyectar las sesiones de la Junta Directiva del período y los temas a tratar ¶ 11. → Programar la recolección de los datos de los planes de trabajo de los comités institucionales ¶ 12. → Validar la funcionalidad de la plataforma GESIS-APP para la medición de los indicadores ¶ 13. → Definir el plan de trabajo para la elaboración del plan de gestión α	Normograma ¶ Proyectos de inversión ¶ Normograma ¶ Informe de necesidades y expectativas ¶ Diagnóstico institucional ¶ Perfil Epidemiológico ¶ Matriz DOFA ¶ Políticas y objetivos institucionales ¶ Presupuesto aprobado ¶ Plataforma GESIS-APP	Junta directiva ¶ Gerencia ¶ Subgerencia ¶ Todos los procesos ¶ Entidad gubernamental ¶ Entes de Control

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Todos los procesos ¶ Junta directiva ¶ Entidad gubernamental ¶ Gerencia ¶ Entes de Control ¶ α	Acuerdos vigentes ¶ Identificación de recursos ¶ Cronogramas de trabajo ¶ Necesidades ¶ Datos estadísticos α	1. → Elaborar y aprobar el Plan de Desarrollo Institucional ¶ 2. → Socializar el Plan de Desarrollo Institucional ¶ 3. → Elaborar y aprobar el plan plurianual inversiones ¶ 4. → Socializar el plan plurianual inversiones ¶ 5. → Elaborar y aprobar el Plan de Operativo Anual de Inversiones ¶ 6. → Socializar el Plan de Operativo Anual de Inversiones ¶ 7. → Elaborar y registrar en banco de proyectos del departamento de Antioquia los proyectos de inversión de la ESE. ¶ 8. → Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG ¶ 9. → Verificar el cumplimiento de la programación de la Junta Directiva del periodo y los temas a tratar ¶ 10. → Recolectar los datos de los planes de trabajo de los comités institucionales ¶ 11. → Implementar la plataforma GESIS-APP para la medición de los indicadores ¶ 12. → Elaborar, socializar y hacer seguimiento al plan de gestión ¶ α	Plan de desarrollo aprobado y socializado ¶ Plan plurianual inversiones aprobado y socializado. ¶ Plan Operativo anual de inversión aprobado y socializado. ¶ Formulación de proyectos registrados en banco de proyectos ¶ Informe de medición de indicadores ¶ Plan de gestión socializado y aprobado y con seguimiento α	Junta directiva ¶ Gerencia ¶ Subgerencia ¶ Todos los procesos ¶ Entidad gubernamental ¶ Entes de control ¶ α

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Todos los procesos ¶ Junta directiva ¶ Entidad gubernamental ¶ Gerencia ¶ α	Plan de Desarrollo Institucional ¶ Plan Operativo anual de inversiones ¶ Proyectos de inversión de la ESE ¶ Indicadores α	1. → Verificar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional ¶ Verificar la ejecución del Plan de Operativo Anual de inversiones. ¶ Verificar que los proyectos si están registrados en el banco de proyectos del departamento de Antioquia. ¶ Verificar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG ¶ Verificar el cumplimiento de la programación de la Junta Directiva del periodo y los temas a tratar ¶ Verificar el cumplimiento de los planes de trabajo de los comités institucionales ¶ Verificar el funcionamiento de la plata GESIS-APP para la medición de los indicadores ¶ Verificar el seguimiento al plan de gestión ¶ α	Informe de ejecución del Plan de desarrollo. ¶ Informe de ejecución Plan Operativo anual de inversión ¶ Registros de proyectos en banco de proyectos ¶ Informe de ejecución de la medición de indicadores ¶ Informe de ejecución del seguimiento al pan de gestión α	Junta directiva ¶ Gerencia ¶ Subgerencia ¶ Todos los procesos ¶ Entidad gubernamental ¶ Entes de control ¶ α
Todos los procesos ¶ Junta directiva ¶ Entidad gubernamental ¶ Gerencia ¶	Informe de gestión del proceso ¶ Propuestas de acciones de mejoramiento α	1. → Tomar acciones de mejoramiento	Correcciones ¶ Acciones Correctivas ¶ Acciones de Mejora ¶ Plan de Mejoramiento	Todos los procesos ¶ Junta directiva ¶ Entidad gubernamental ¶ Gerencia ¶ Subgerencia ¶ α

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. → Asegurar porque la información de la construcción de los Planes estratégicos sea verídica y confiable. ¶ 2. → Verificar que los planes sean aprobados por el ente competente. ¶ 3. → Asegurar que los seguimientos de los planes estratégicos se den en los tiempos establecidos. α	1. → Realizar reuniones de retroalimentación y verificación de la información. ¶ 2. → Velar por que los planes estratégicos sean aprobados en los tiempos estipulados por la norma. ¶ 3. → Realizar acercamientos con los líderes para el cumplimiento del seguimiento de los planes en los tiempos establecidos. ¶ α

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Cartelera, Boletines, Papelería, Celular, Cámaras de Fotografía y de Video.¶</p> <p>¶</p> <p><b>Humanos:</b> Dirección estratégica.¶</p> <p>¶</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)¶</p> <p>α</p>	<p>CO-DIE-001 Código de buen gobierno y de integridad de la ESE Hospital La María.¶</p> <p>MA-DIE-001 Manual de Políticas Institucionales.¶</p> <p>MA-DIE-002 Manual de Gestión del Riesgo Asistenciales y Administrativos.¶</p> <p>MA-DIE-003 Manual de Referenciación Comparativa.¶</p> <p>MA-DIE-004 Manual de conflicto de intereses.¶</p> <p>MA-DIE-005 Manual para el funcionamiento de los comités.¶</p> <p>MA-DIE-006 Manual SARLAFT ESE Hospital La María.¶</p> <p>MA-DIE-007 MANUAL SICOF ESE Hospital La María.¶</p> <p>PN-DIE-001 Plan de Desarrollo 2018-2020.¶</p> <p>PN-DIE-002 Plan Operativo Anual.¶</p> <p>PN-DIE-003 Plan Operativo Anual de Inversiones.¶</p> <p>PR-DIE-001 Procedimiento Elaboración y Evaluación del POA.¶</p> <p>MO-DIE-001 Modelo de prestación de servicios de la ESE Hospital La María.¶</p> <p>DP-DIE-002 Código de integridad.¶</p> <p>INS-DIE-001 Instructivo para la realización de acta de comité o reunión.¶</p> <p>PL-DIE-001 Política para la administración de riesgos de la ESE Hospital La María 2022.¶</p> <p>PR-DIE-001 Procedimiento Elaboración y Evaluación del POA.¶</p> <p>PR-DIE-002 Procedimiento elaboración, formulación y seguimiento PDI.¶</p> <p>PR-DIE-003 Procedimiento elaboración y formulación proyectos inversión.α</p>	<p>• → Constitución Política Nacional de 1991.¶</p> <p>• → Ley 100 de 1993.¶</p> <p>• → Ley 152 de 1994.¶</p> <p>• → Ley 1122 de 2007.¶</p> <p>• → Ley 1438 de 2011.¶</p> <p>• → Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud.¶</p> <p>• → Ley 1955 de 2019.¶</p> <p>• → Decreto 1876 de 1994.¶</p> <p>• → Decreto 111 DE 1996.¶</p> <p>• → Decreto 115 de 1996.¶</p> <p>• → Decreto 780 de 2016, expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.¶</p> <p>• → Resolución 1445 de 2006.¶</p> <p>• → Resolución 710 de 2012.¶</p> <p>• → Resolución 743 de 2013.¶</p> <p>• → Resolución 1841 de 2013.¶</p> <p>• → Resolución 1536 de 2015.¶</p> <p>• → Resolución 408 de 2018.¶</p> <p>• → Guía de Administración del Riesgo (DAFP).¶</p> <p>• → Circular 20211700000005-5 de 2021.¶</p> <p>• → Circular 20211700000004-5 de 2021.α</p>

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional
- Actividades de socialización del Plan de Desarrollo
- Seguimiento a las metas de Plan de Desarrollo
- Formulación de la política de administración del riesgo



## 2. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GIC-001
		<b>Versión:</b> 002
<b>Proceso:</b> Gestión la Información y de las Comunicaciones	<b>Responsable:</b> Líder de las Comunicaciones y de Sistemas de Información	<b>Fecha:</b> Noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

<p><b>Objetivo:</b> Satisfacer los requerimientos de información y comunicación de los usuarios internos y externos, mediante la eficiente administración de la plataforma tecnológica, las comunicaciones públicas y el cumplimiento de las exigencias de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC's), según la normatividad vigente.</p>	<p><b>Alcance:</b> Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios hasta el seguimiento a las acciones de mejoramiento.</p>
---	---

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión estratégica</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Entidades externas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Necesidades y expectativas</li> <li>Información institucional</li> <li>Manual de funciones</li> <li>Políticas</li> <li>Necesidades de recursos Humanos y financieros</li> </ul>	<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Receibir las directrices y lineamientos de la gerencia</li> <li>Identificar las necesidades y expectativas de comunicación internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos</li> <li>Consolidar las necesidades y expectativas de comunicación internas y externas</li> <li>Identificar y priorizar las necesidades de comunicación internas y externas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Consolidado de las necesidades y expectativas de comunicación interna y externa en cada uno de los procesos, servicios y proyectos</li> <li>Matriz de priorización de las necesidades institucionales de las comunicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>EPS y entes de vigilancia, inspección y control</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entidades externas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión estratégica</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz de priorización de necesidades y expectativas</li> <li>Información institucional</li> <li>Políticas</li> <li>Necesidades de recursos Humanos y financieros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delinir el plan anual de comunicaciones internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan anual de comunicaciones internas y externas (Plan de Post y Plan de campañas Internas y externas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entidades externas</li> </ul>	

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Financiera</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan anual de comunicaciones internas y externas</li> <li>Políticas</li> <li>Necesidades de recursos Humanos y financieros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificar la gestión de recursos humanos, financieros y logísticos para el desarrollo efectivo de lo planeado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad presupuestal para el desarrollo del Plan anual de comunicaciones internas y externas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>EPS y entes de vigilancia, inspección y control</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Financiera</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad presupuestal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la disponibilidad de los recursos logísticos y humanos para el cubrimiento de los eventos institucionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura de los eventos logísticos de acuerdo a los lineamientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>EPS y entes de vigilancia, inspección y control</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entidades externas</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, regulación y control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Todos los procesos misionales</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Gestión de Compras y Suministros</li> <li>Gestión Financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Necesidades y expectativas</li> <li>Información institucional</li> <li>Necesidades de recursos Humanos y financieros</li> <li>Normatividad</li> <li>Información de usuarios</li> <li>Directrices administrativas</li> <li>Soportes para el cargo de la información</li> <li>Solicitudes formales de reportes de información.</li> <li>Normatividad</li> <li>Directrices</li> <li>Información de las actividades</li> <li>Inventario</li> <li>Necesidades</li> </ul> <p>Caracterización los perfiles de Hardware y Software de la Institución - Identificación de riesgos</p> <p>Necesidades / Requerimientos</p> <p>Matriz de seguridad de la información</p> <p>Necesidades de recursos humanos y financieros</p>	<p><b>Estadística e Información</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Recibir las directrices y lineamientos de la gerencia y coordinación médica</li> <li>Identificar las necesidades y expectativas de Software internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos.</li> <li>Consolidar las necesidades y expectativas de Software internas y externas.</li> <li>Priorizar las necesidades de solicitud Software internas y externas para el cumplimiento de los requerimientos.</li> <li>Actualizar la matriz de reporte obligatorio a entes de control y clientes internos según cambios normativos</li> </ol> <p><b>Sistemas de Información</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Recibir las directrices y lineamientos de la alta dirección</li> <li>Caracterizar los perfiles de Hardware y Software de la Institución</li> <li>Identificar las necesidades y expectativas de Software y Hardware internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos.</li> <li>Prioriza las necesidades de Software y Hardware internas y externas, según el riesgo en la continuidad para la prestación del servicio</li> <li>Definir las políticas de seguridad perimetral</li> <li>Definir las políticas de riesgos de seguridad y privacidad de la información</li> <li>Categorizar y priorizar los requerimientos de soporte técnico</li> <li>Proyectar y actualizar el Plan estratégico de las tecnologías de la Información PETI</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Matriz de reportes obligatorios y Cronograma</li> <li>Consolidado de las necesidades y expectativas internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos</li> <li>Fuente del dato</li> <li>Diagnóstico de prioridades</li> <li>Configuración de procesos y procedimientos para los RIPS - Historia Clínica</li> </ul> <p>Normograma</p> <p>Lineamientos del área</p> <p>Perfiles caracterizados</p> <p>Matriz de necesidades</p> <p>Necesidades priorizadas</p> <p>Políticas de seguridad perimetral</p> <p>Política de seguridad y privacidad de la información</p> <p>Matriz de categorización y priorización</p> <p>Certificado de disponibilidad presupuestal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>EPS y entes de vigilancia, inspección y control</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Entes de control</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Aseguradoras</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Comunidad</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión estratégica</li> <li>Gestión Financiera</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Medios de comunicación externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan anual de comunicaciones internas y externas</li> <li>Presupuesto aprobado</li> <li>Información a publicar</li> <li>Comunicación Informativa</li> <li>Comunicación Organizacional</li> <li>Planes de mejoramiento</li> </ul>	<p><b>Comunicaciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar el plan anual de comunicaciones internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos</li> <li>Recibir y gestionar las necesidades y los requerimientos de comunicación</li> <li>Analizar el requerimiento y su viabilidad de ejecución</li> <li>Ejecutar el requerimiento de información de manera oportuna</li> <li>Socializar el uso correcto de la imagen corporativa</li> <li>Velar por el cumplimiento de la imagen corporativa establecida</li> <li>Cubrir los eventos institucionales acorde a los lineamientos</li> </ol> <p>Asegurar el cumplimiento de las actividades del proceso proyectados en el Plan de Desarrollo Institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros del cumplimiento al desarrollo del plan anual de comunicaciones internas y externas</li> <li>Informes presentados a los Entes de Control y direccionamiento</li> <li>Información publicada a los públicos internos y externos</li> <li>Respuesta y ejecución del requerimiento</li> <li>Producto o pieza comunicacional - Autorización de uso de derechos de imagen.</li> <li>Ejecución acorde a los lineamientos gráficos institucionales</li> <li>Registro gráfico e informativo del evento</li> <li>Ejecución de actividades y seguimiento mediante los indicadores del FDI (Plan de Desarrollo Institucional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entidades externas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos</li> <li>Entidades externas</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos</li> <li>Entidades externas</li> <li>Gobernación de Antioquia</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Entidades externas</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Junta directiva</li> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Entes de control</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<p>Software de Historia Clínica Procesos Misionales Referencia y Contrareferencia Ayudas diagnósticas</p> <p>Médicos generales</p> <p>Acta de defunción</p> <p>Datos</p> <p>Matrices de identificación del dato</p> <p>Todos procesos</p> <p>Entes de regulación y control</p> <p>Direccionamiento Estratégico</p> <p>Todos los procesos Entes de Control Gestión Jurídica</p> <p>Coordinación Médica y Estadísticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión estratégica</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<p>Fichas de Notificación SIVIGILA Resultados de laboratorio</p> <p>Acta de defunción</p> <p>Datos</p> <p>Matrices de identificación del dato</p> <p>Cronograma de Comités</p> <p>Requerimientos de información internos y externos</p> <p>Información del profesional asistencial</p> <p>PETI PDI POAI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas de seguridad perimetral y privacidad de la información</li> <li>Necesidades o requerimientos</li> </ul> <p>Matriz de seguridad de la información Cronograma de mantenimiento</p> <p>Solicitudes de soporte</p> <p>Plan de Contingencia</p>	<p><b>H</b></p> <p><u>Estadística e información</u></p> <p>Reportar y actualizar la notificación de los eventos de interés en salud pública - SIVIGILA</p> <p>Asegurar el reporte de los informes al RUAF</p> <p>Reportar de acuerdo a cronograma los informes de notificación obligatoria a las EPS y entes de control</p> <p>Actualizar la matriz de indicadores institucional</p> <p>Mantener actualizadas las estadísticas de producción y el perfil epidemiológico</p> <p>Generar datos estadísticos de la prestación de servicios para la toma de decisiones</p> <p>Apojar la gestión del Comité Técnico Científico y de Historias Clínicas</p> <p>Apojar el análisis de las estadísticas e indicadores de gestión</p> <p>Atender requerimientos de información inmediata de entes de control, pacientes, gestión jurídica y gerencia</p> <p>Administrar los usuarios para el acceso a las plataformas de MIPRES y RUAF</p> <p><u>Sistemas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Implementar los Planes Estratégicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Estratégico de las tecnologías de la información PETI</li> <li>PDI</li> <li>POAI</li> </ul> </li> <li>Administrar el software principal</li> <li>Administración de recursos tecnológicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar la generación de backups</li> <li>Administrar el funcionamiento de herramientas de comunicación interna (Pagine Web, correo electrónico, videollamada, historial de chat, etc)</li> <li>Administrar el funcionamiento de la infraestructura de la Red</li> <li>Administrar el funcionamiento de la arquitectura de hardware</li> <li>Administrar las bases de datos</li> <li>Administrar los servidores</li> </ul> </li> <li>Implementar las políticas de seguridad perimetral y de seguridad de la información</li> <li>Implementar el cronograma de mantenimiento de hardware</li> <li>Brindar Soporte de Hardware</li> <li>Brindar soporte informático</li> <li>Ejecutar el plan de contingencia, en caso de ser necesario</li> </ol>	<p>Reporte de semanas epidemiológicas actualizado</p> <p>Cargue oportuno de datos</p> <p>Matriz de reportes obligatorios con seguimiento al cumplimiento</p> <p>Matriz actualizada</p> <p>Informes de producción por áreas de servicios</p> <p>Actas de Comités y seguimiento a compromisos</p> <p>Entrega de información Reportes a los clientes internos y externos</p> <p>Registros del cumplimiento de los planes Registros de asistencia o actas de reuniones Indicadores de cumplimiento</p> <p>Soporte y actualización del software <b>DATA</b>, realizado Gestión del servicio de internet Seguridad de la información (antivirus) Cortevo de dispositivos (captación de IUI) Cambio de perfiles y contraseñas Gestión Canales de datos Administración plataforma <b>Topología</b>.IP Equipos instalados a la plataforma o red Actualización firewall (firmware)</p> <p>Informe de seguimiento a las políticas de seguridad perimetral Información asegurada Registros de mantenimiento Registros de Mesa de Ayuda</p> <p>Informe de la Matriz de riesgos</p>	<p>Entes de vigilancia y control</p> <p>Direccionamiento Estratégico</p> <p>Todos los procesos Entes de vigilancia y control</p> <p>Junta directiva</p> <p>Entes de vigilancia y control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Usuarios y ciudadanos</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Evaluación Independiente</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Mejoramiento continuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información publicada</li> <li>Solicitud y gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Informe de auditoría</li> <li>Registro de ejecución del plan de comunicaciones</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <p><u>Comunicaciones</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Efectuar seguimiento y medición al proceso</li> <li>Monitorear y hacer seguimiento a la ejecución del plan de comunicaciones</li> <li>Evaluar el cumplimiento del hacer del proceso de mejoramiento</li> <li>Verificar la eficacia de las acciones del plan de mejoramiento</li> <li>Realizar el análisis a los indicadores.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de seguimiento al plan de comunicaciones</li> <li>Evaluación del Proceso de Comunicaciones</li> <li>Seguimiento realizado a los medios de comunicación</li> <li>Solicitud y gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Gestión Control y Mejora</li> <li>Gestión Estratégica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de interés</li> <li>Comunidad y ciudadanía</li> <li>Entes externos</li> <li>Todos los procesos</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cilentes
Matriz de reporte obligatorio		<b>Estadística e información</b>	Informes validados	
Todos los procesos	Sabana de datos	1. Validación de la información en la sabana de datos de las diferentes plataformas de entes de control	Registro del cargue efectuado Exportar informe de reportes generados	
Procesos Misionales	Reportes de información	2. Validación de los reportes de información	Inconsistencias corregidas	
Gestión de la información y las comunicaciones	Reportes de información al SIVIGILA y al RUAF	3. Asegurar el cargue de todos los eventos de notificación obligatorio al SIVIGILA y al RUAF	Indicadores analizados	
Entes de vigilancia y control	Informes de validación	4. Garantizar el ingreso del 100% de los fallecimientos ocurridos en la institución	Planes de Mejoramiento	
	Matriz de reportes obligatorios con seguimiento al cumplimiento	5. Corrección de inconsistencias derivadas de la validación	Seguimiento de planes de mejoramiento	Junta directiva
	Fichas técnicas de indicadores	6. Monitorear el subregistro de información	Riesgos monitoreados	Direccionamiento Estratégico
Mejoramiento Continuo	Informes de auditorías	7. Verificar el diligenciamiento del análisis de las estadísticas e indicadores de gestión		Entes de vigilancia y control
Control Interno	Planes de mejoramiento	8. Analizar los informes de auditorías		EPS
Todos los procesos	Actas de Comités y seguimiento a compromisos	9. Realizar seguimiento a planes de mejoramiento y a compromisos de los Comités		Procesos Misionales
	Mapa de Riesgos	10. Monitorear los riesgos del proceso		Mejoramiento Continuo
				Control Interno

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cilentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Control Interno</li> <li>Mejoramiento continuo</li> <li>Gestión de la información y de las comunicaciones</li> </ul>	Informes analizados y evaluados Indicadores analizados Planes de mejoramiento	<b>Comunicaciones</b> 1. Elaborar los informes de gestión y resultados 2. Difundir la información a los diferentes públicos objetivos, a través de diversos medios de comunicaciones (internos y externos) 3. Tomar acciones de mejora para el Proceso	Correcciones o ajustes Acciones correctivas Acciones de mejora Planes de Mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Control Interno</li> <li>Mejoramiento continuo</li> </ul>
		<b>Estadística e Información</b> Reportar de manera extemporánea y comunicar los motivos de la extemporaneidad  Replantear acciones de mejoramiento  Retroalimentar de manera permanente al personal en el reporte completo y oportuno de la información		

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. Revisión y actualización de las políticas de seguridad perimetral. 2. Revisión y actualización de las características del hardware y software. 3. Ajuste de la plataforma informática a las necesidades administrativas y operativas de la entidad. 4. Verificación de la aplicación oportuna de los planes de contingencia, y su efectividad. 5. Verificación y ajuste necesario de la veracidad y confiabilidad de la información antes de la generación y envío de informes o estadísticas legales y reglamentarias. 6. Seguimiento y control al vencimiento y actualización de las licencias de funcionamiento o autorizaciones de uso de firmas digitales.	1. Ajustes a los planes de contingencia. 2. Recuperación inmediata de la información afectada, según planes de contingencia. 3. Repetir informes rechazados por los entes solicitantes.



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

### 3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-001-001
			<b>Versión:</b> 002
	<b>Proceso:</b> Mejoramiento Continuo de la Calidad	<b>Responsable:</b> Líder de Calidad Profesional de Calidad	<b>Fecha:</b> Noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Planificar y asegurar el desarrollo de las actividades tendientes al mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

**Alcance:** Este proceso comprende desde la programación de las auditorías internas de calidad, hasta las revisiones y el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Procesos institucionales</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Directrices presupuestales</li> <li>Gestión Financiera y Contable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Resultados de auditorías y planes de mejoramiento</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Equipo de auditores internos</li> <li>Directrices presupuestales</li> </ul>	<b>P</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Gestionar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad</li> <li>Planificar la implementación del programa de seguridad del paciente</li> <li>Programar auditorías internas de calidad</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Cronograma de implementación de los componentes del Sistema Obligatorio</li> <li>Programa de Seguridad del Paciente</li> <li>Programa de auditorías internas de calidad</li> <li>Necesidades presupuestales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entes de Control</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión Financiera</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento <b>Estratégico</b></li> <li>Gestión Documental</li> <li>Procesos <b>Institucionales</b></li> <li>DAFP</li> <li>Ministerio de la Protección Social</li> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Sensibilización</li> <li>Normatividad</li> <li>Programa de auditorías internas de calidad aprobado</li> <li>Disponibilidad del Equipo de Auditorías</li> <li>Manual de Calidad</li> <li>Programación de Comités y Grupos Primarios</li> <li>Link de Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Paquetes instruccionales</li> <li>Servicios No Conformes</li> <li>Avances de los planes de mejoramiento</li> <li>Documentos internos</li> <li>Registros</li> <li>Documentos externos</li> <li>Documentos obsoletos</li> </ul>	<b>H</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar la autoevaluación de los componentes del Sistema Obligatorio</li> <li>Coordinar y ejecutar auditorías internas de calidad</li> <li>Promover y efectuar la autoevaluación del Control y de la gestión;</li> <li>Gestionar la implementación del Programa de Seguridad del Paciente</li> <li>Asegurar la toma de acciones de mejoramiento</li> <li>Formular y efectuar seguimiento a los planes de mejoramiento institucional y por procesos</li> <li>Asegurar la producción, control e implementación de los documentos internos</li> <li>Asegurar el control e implementación de los documentos externos</li> <li>Asegurar el control de documentos obsoletos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de autoevaluación</li> <li>Listas de verificación.</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Planes de mejoramiento</li> <li>Actas de Comités y Grupos Primarios</li> <li>Informe de análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Actas del Comité de Seguridad del Paciente</li> <li>Registros de rondas de seguridad</li> <li>Informe de medición de la satisfacción</li> <li>Informe de planes de mejoramiento</li> <li>Listado de Documentos Internos</li> <li>Listado de registros</li> <li>Listado de Documentos Externos (Normograma)</li> <li>Control Obsoletos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Entes de control y partes interesadas</li> <li>Clientes, Usuarios</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Ente de certificación</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control</li> <li>Evaluación Independiente</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Mapa de Riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>15. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>16. Analizar los informes de auditorías</li> <li>17. Medir la adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente</li> <li>18. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales</li> <li>19. Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>20. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Registros de verificación de adherencia a las buenas prácticas</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Evaluación Independiente</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Todos los procesos misionales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>21. Tomar acciones de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Evaluación Independiente</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programación y comunicación oportuna de los comités de trabajo y grupos primarios</li> <li>2. Capacitación permanente en seguridad del paciente</li> <li>3. Seguimientos a acciones de mejoramiento</li> <li>4. Monitoreo al programa de auditorías internas de calidad</li> <li>5. Planificación oportuna y efectiva de las auditorías internas de calidad</li> <li>6. Difusión y comunicación oportuna a los auditados de las auditorías programadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reprogramar comités y grupos primarios.</li> <li>2. Reprogramar fechas de cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramiento.</li> <li>3. Ajustar o repetir la descripción del hallazgo, recomendación o informe, según las nuevas evidencias.</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Sala de Reuniones, Video Beam, Pantalla de Proyección, Tablero.</p> <p><b>Humanos:</b> Asesora de Calidad, Profesional de Calidad, Líder de Seguridad del Paciente.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)</p>	<p>MA-MCO-001 Manual de Procesos Asistenciales.</p> <p>MA-MCO-003 Manual para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>PO-MCO-001 Protocolo de Adopción de Guías.</p> <p>PR-MCO-001 Procedimiento para la Auditoría de adherencia a las Guías de Atención.</p> <p>PR-MCO-002 Procedimiento para la auditoría de adherencia a paquetes instruccionales.</p> <p>PR-MCO-002 Procedimiento para la Auditoría de Paquetes Instrukcionales.</p> <p>PR-MCO-003 Procedimiento para las Auditorías Internas de Calidad.</p> <p>PR-MCO-004 Procedimiento Administración Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución 3100 de 2019</li> <li>Resolución 256 de 2016</li> <li>Resolución 5095 de 19 de Noviembre de 2018 "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia" Versión 3.1 – (Nuevas inclusiones)</li> <li>Decreto 780 de 2016 (Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social)</li> <li>Decreto 903 de 2014 (Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud).</li> <li>Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 2007.</li> <li>Decreto 1011 de 2006 (Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Derogado parcialmente por el Decreto 903 de 2014)</li> <li>Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 2007</li> <li>Resolución 2082 de 2014</li> <li>Procedimiento auditoría interna.</li> <li>Elaboración y control de documentos</li> <li>Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud</li> <li>Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente</li> <li>Protocolo de Londres</li> </ul>



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## SEGUNDO GRUPO PROCESOS MISIONALES

### 1. CONSULTA EXTERNA GENERAL

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> FT-MCO-025
	<b>Proceso:</b> Consulta Externa Médica	<b>Responsable:</b> Coordinador Médico y Líder del Servicio de Consulta Externa	<b>Versión:</b> 02
			<b>Fecha:</b> Febrero de 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Brindar una atención médica ambulatoria general a todos los usuarios de la ESE con un trato digno, buscando su recuperación bajo condiciones de oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad y continuidad.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios hasta el egreso del usuario.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>EAPB</li> <li>Programas Especiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Planilla de personal y contratistas</li> <li>Capacidad instalada</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Acta de comité de gerencia o Técnico científico</li> <li>Plan Operativo anual</li> <li>Cuadro de turnos asistenciales</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental (registros historias clínicas)</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC</li> <li>Entes de control</li> <li>EAPB, Aseguradoras y partes interesadas</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la Infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos disponibles</li> <li>Agendas del personal asistencial</li> <li>Información del paciente</li> <li>Guías y protocolos</li> <li>Historia Clínica Dinámica</li> <li>Políticas y procedimientos asistenciales transversales, de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental</li> <li>Políticas de los programas especiales y de promoción y mantenimiento de la salud</li> <li>Procedimientos para la gestión de eventos adversos y tratamiento a servicios no conformes</li> <li>Normatividad</li> <li>Directrices de admisión del paciente y facturación</li> </ul>	<b>H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones controladas</li> <li>Historia Clínica Dinámica</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Ordinarios Médicos, Medicamentos, Ayudas Diagnósticas, Incapacidades o Remisión.</li> <li>Registro de demanda inducida</li> <li>Informe de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Reportes de información legal y reglamentaria</li> <li>Registros de egreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Servicio Farmacéutico</li> <li>Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de Sistemas e Información</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC</li> <li>Entes de Control, aseguradoras y contratos de programas especiales</li> <li>Proceso Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<b>V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de comités y grupo primario</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno y SGC</li> <li>Gestión de la información y las Comunicaciones</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<b>A</b> 21. Tomar acciones de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Gestión de la Información y las Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>No reutilización de insumos – política de no reusó</li> <li>Atender al usuario según las guías y protocolos.</li> <li>Aplicar las buenas prácticas de seguridad del paciente</li> <li>Aplicar las normas del manual de bioseguridad</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables.</li> <li>Garantizar las condiciones de privacidad.</li> <li>Monitoreo permanente a la actualización de agendas médicas asistenciales.</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables</li> <li>Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas y consentimientos informados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos.</li> <li>Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario</li> <li>Ajustar el cuadro de turnos.</li> <li>Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información.</li> <li>Suspender atención en caso de suplantación.</li> <li>Realizar análisis y gestión de reportes relacionados con ala seguridad del paciente</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Consultorios Dotados, Equipos Biomédicos, Insumos Hospitalarios, Dispositivos Médicos, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Papelería Legal y Reglamentaria. Ver Resolución 3100 de 2019</p> <p><b>Humanos:</b> Coordinador Médico y Líder del servicio. Todo el talento humano que se requiere para la prestación del servicio</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 3100 de 2019)</p>	<p>Todos los documentos relacionados en el SGC asociados al proceso de consulta externa contenidos en el listado maestro de documentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 1797 por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones</li> <li>Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único</li> <li>Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.</li> <li>Resolución 256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.</li> <li>Resolución 273 de 2019 Por la cual se establecen disposiciones para el reporte de información relacionada con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana - VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA con destino a la Cuenta de Alto Costo.</li> <li>Resolución 227 de 2022 Adopta lineamientos técnicos y operativos en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT).</li> <li>Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.</li> <li>Decreto 1562 de 1984, reglamentan parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9 de 19 en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad.</li> <li>Decreto 3518 de 2006 crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.</li> <li>Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de las historias clínicas en el territorio nacional</li> <li>Resolución 839 de 2017 establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS-, para el manejo de estas en caso de liquidación.</li> <li>Ley 23 de 1981 artículos 34, 35 y 36 reglamenta el manejo de la historia clínica, más no el funcionamiento del Comité, aporta elementos para el proceso de manejo y cuidado de la historia clínica y calidad de los registros.</li> <li>Decreto 351 de 2014 "reglamentó ambiental y sanitariamente la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud, aplicable a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que generen, identifiquen, separen, empaquen,</li> </ul>

		<p>recolecten, transporten, almacenen, aprovechen, traten o dispongan finalmente los residuos generados en desarrollo de las actividades relacionadas con los servicios de atención en salud, como actividades de la práctica médica, práctica odontológica, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y otras actividades relacionadas con la salud humana, incluidas las farmacias y farmacias-droguerías.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución 1164 de 2002, expresa que es obligación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, "Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e Invima en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en la normatividad ambiental vigente, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.</li> <li>• Resolución 1604 de 2013 el Ministerio de Salud establece que todas las empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de todos los regímenes deben entregar los medicamentos a los que tiene derecho el afiliado en no más de 48 horas.</li> <li>• Resolución 1403 de 2007 establece en el Capítulo II para el Servicio Farmacéutico Hospitalario.</li> <li>• Decreto 2200 de 2005 en su Capítulo VII, Artículo 7º, el servicio farmacéutico debe ofrecer a los pacientes, al equipo de salud, a las autoridades del Sector y a la comunidad, información oportuna, completa, veraz, independiente, de calidad y sustentada en evidencia científica sobre medicamentos y dispositivos médicos (farmacovigilancia y tecnovigilancia).</li> <li>• Decreto 3770 de 2004, el cual dispone el diseño de un Programa de Reactivovigilancia</li> <li>• Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud</li> <li>• Ley 1438 del 19 de enero del 2011 Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud.</li> <li>• Ley 23 de 1981 (Ética Médica)</li> <li>• Ley 35 de 1989 (Ética Odontológica)</li> <li>• Ley 09 de 1979; (Código Sanitario)</li> <li>• Ley 600 de 2000 (Medicina Legal)</li> <li>• Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal)</li> <li>• Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal)</li> <li>• Manual Técnico Administrativo del PAI</li> </ul>
--	--	---

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

<p>Proporción de personas viviendo con VIH con carga viral indetectable menor a 50 copias a las 48 semanas o más de Terapia antirretroviral</p> <p>Proporción de personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable.</p> <p>Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa en los afiliados de régimen subsidiado.</p> <p>Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna en los afiliados régimen subsidiado.</p> <p>Porcentaje de PQRS gestionadas y resueltas antes de 48 horas.</p> <p>Proporción de acciones de tutelas nuevas, relacionadas en los diferentes tramos de la ruta.</p> <p>Proporción de gestantes tamizadas para VIH.</p> <p>Proporción de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH</p> <p>Estudio de transmisión materno-infantil en menores de 6 meses expuestos</p> <p>Proporción de cobertura de tratamiento antirretroviral indicada</p> <p>Realización de CD4 en PVV en el periodo, sin tratamiento antirretroviral en el corte</p> <p>Realización de carga viral para PVV en el periodo, con tratamiento antirretroviral en el corte</p> <p>Proporción de PVV con detección temprana en incidentes</p> <p>Proporción de PVV con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable</p> <p>Proporción de PVV que reciben atención por médico experto</p> <p>Proporción de PVV con realización de recuento de linfocitos T CD4+ en la valoración inicial</p> <p>Proporción de PVV con diagnóstico dentro del período de reporte con realización de carga viral en la valoración inicial</p> <p>Proporción de PVV con realización de linfocitos totales en la valoración inicial</p> <p>Proporción de PVV con realización de PPD (anual)</p> <p>Proporción de PVV con seguimiento de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses</p> <p>Proporción de PVV con tamizaje para Sífilis anual</p> <p>Proporción de PVV con valoración de riesgo cardiovascular anual</p> <p>Proporción de TAR en PVV gestantes</p> <p>Proporción de PVV con prescripción adecuada de terapia antirretroviral</p> <p>Proporción de PVV con tuberculosis activa en tratamiento simultáneo para tuberculosis y con terapia antirretroviral</p> <p>Proporción de PVV con estudio de resistencias en el fracaso virológico</p> <p>Proporción de PVV con cambio de terapia antirretroviral</p> <p>Proporción de PVV en terapia por tuberculosis latente</p> <p>Proporción de PVV con profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i></p> <p>Proporción de PVV con esquema completo de vacuna para hepatitis B (si está indicada)</p> <p>PVVIH que reciben TAR</p> <p>PVVIH y con TAR que tienen medición de carga viral en el semestre</p> <p>Estudio de carga viral para menores expuestos al VIH entre los 6 y 12 meses de vida</p> <p>Porcentaje de letalidad por VIH en personas viviendo con VIH</p> <p>Número de personas viviendo con VIH con esquema completo de vacuna para Hepatitis A.</p> <p>Número de personas viviendo con VIH vacunados contra la influenza</p> <p>Número de PVVIH vacunados contra Neumococo</p> <p>Número de personas viviendo con VIH vacunados contra Varicela Zoster</p> <p>Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el PBS</p> <p>Número de usuarios atendidos en SF</p> <p>Porcentaje de cumplimiento en la entrega de medicamentos por tutela</p>
--



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL SECTOR HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## URGENCIAS

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL SECTOR HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-URG-001
			<b>Versión:</b> 002
	<b>Proceso:</b> Urgencias	<b>Responsable:</b> Subgerente Científico y Coordinador de Enfermería	<b>Fecha:</b> noviembre 2022

COPIA CONTROLADA

<b>Objetivo:</b> Prestar una atención oportuna y segura, con un trato humanizado, mediante la aplicación de guías y procedimientos médicos y de enfermería, que permitan resolver adecuada y positivamente todas las necesidades del usuario.	<b>Alcance:</b> Este proceso comprende <u>desde</u> la identificación de requisitos legales y reglamentarios, así como de las políticas y directrices institucionales <u>hasta</u> el egreso del paciente.
---	--

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Direccionamiento <b>Estratégico</b></li> <li>Gestión del Ambiente y la Infraestructura</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Planta de personal y contratistas</li> <li>Capacidad instalada</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Plan Operativo</li> <li>Cuadro de turnos médicos y de enfermería.</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Direccionamiento estratégico</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras, usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Compras y Suministros</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la Infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Admisiones y Facturación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos disponibles</li> <li>Información del paciente</li> <li>Propiedad del usuario</li> <li>Guías y protocolos</li> <li>Historia Clínica dinámica</li> <li>Políticas y procedimientos médicos, de enfermería, de seguridad del paciente de bioseguridad y de gestión ambiental</li> <li>Procedimientos para la gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Políticas de P y P</li> <li>Normatividad</li> <li>Directrices de Facturación</li> </ul>	<b>H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones controladas</li> <li>Historia Clínica dinámica</li> <li>Acta de propiedad del usuario</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Registros de tratamiento, seguimiento y evaluación del paciente</li> <li>Informe de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Registro de demanda inducida</li> <li>Reportes de información legal y reglamentaria</li> <li>Registros de egreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Entes de control</li> <li>Seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Procesos Misionales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de la Información y las comunicaciones</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<b>V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autocvaluación del control</li> </ul>	<b>A</b> 24. Tomar acciones de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación de las fechas de vencimiento de los medicamentos.</li> <li>Verificación del cumplimiento de los 10 CORRECTOS en la administración de medicamentos.</li> <li>Verificación de la disponibilidad de la carpeta con los formatos físicos de la historia clínica en caso de contingencia</li> <li>Atender al usuario según las guías y protocolos.</li> <li>Seguimiento y control de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio en los carros de paro y red de oxígeno.</li> <li>Seguimiento y control a las condiciones de asepsia en los puntos de atención.</li> <li>Verificación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los funcionarios</li> <li>Verificación del cumplimiento de los protocolos de aislamiento</li> <li>Mantener las condiciones necesarias para el traslado de pacientes.</li> <li>Restringir el ingreso de personal no autorizado a las áreas de atención en salud.</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables.</li> <li>Garantizar las condiciones de privacidad</li> <li>Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos.</li> <li>Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario.</li> <li>Solicitar al personal no autorizado a la salida de las áreas restringidas.</li> <li>Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida.</li> <li>Ajustar el cuadro de turnos médico y de enfermería.</li> <li>Restablecer condiciones del Stock de medicamentos y dispositivos médicos, carros de paro y red de oxígeno.</li> <li>Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>físicos:</b> Puesto de Enfermería, Consultorio de Urgencias, Baños para Pacientes, Sala de Espera, Cuarto Sucio y Cuarto Limpio, Sala de Yesos y Procedimientos, Sala de Reanimación, Salas de Observación, Sala de Terapia Respiratoria y de Rehidratación Oral, Stock de Medicamentos, Equipos Biomédicos, Insumos Hospitalarios, Dispositivos Médicos, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Papelería Legal y Reglamentaria, Ambulancia Dotada, Ver Resolución 2003 de 2014</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Científico, Líder de Enfermería, Enfermeras Auxiliares, Enfermera Jefe, Médicos, Conductor, Personal Asistencial Adicional.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014</p>	<p>PR-URG-005 Procedimiento ronda médica.</p> <p>PO-PPA-024 Protocolo interconsultas.</p> <p>PO-HOS-001 Protocolo de recibo y entrega de turno por enfermería.</p> <p>PO-PP-001 Protocolo de enfermería para el control de líquidos.</p> <p>GA-PP-027 Plan de cuidados de enfermería.</p> <p>GA-PP-002 Administración de medicamentos.</p> <p>GA-PP-003 Guía de inmovilización de pacientes (sujeción de pacientes).</p> <p>GA-PP-005 Guía de enfermería tomas muestras laboratorio.</p> <p>PO-PP-006 Cateterismo vesical.</p> <p>GU-PP-015 Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</p> <p>PR-URG-002 Procedimiento de atención al usuario en el servicio de urgencias procedimiento de atención al usuario en el servicio de urgencias.</p> <p>PO-URG-002 Protocolo para la selección y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias -triage.</p> <p>PO-URG-003 Protocolo para planeación de la prestación del servicio de urgencias cuando aumente la demanda.</p> <p>PR-URG-006 Área de transición.</p> <p>PO-PPA-025 Protocolo criterios de ingreso y egreso del paciente servicio de hospitalización.</p> <p>PO-PPA-029 Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio.</p> <p>PO-URG-002 Protocolo para la atención de los pacientes clasificados en triage IV y V.</p> <p>GU-PP-062 Guía de manejo para intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas, según oferta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social</li> <li>Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.</li> <li>Ley 1751 del 16 febrero de 2015 – Ley Estatutaria de Salud</li> <li>Ley 1438 del 19 de enero del 2011 Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Decreto 2759 de 1991 Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.</li> <li>Ley 23 de 1981 (Ética Médica)</li> <li>Ley 09 de 1979 (Código Sanitario)</li> <li>Ley 600 de 2000 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal)</li> <li>Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas)</li> <li>Decreto 4747 de 2007</li> <li>Resolución 3047 de 2008</li> <li>Decreto 2759 de 1991 (Referencia y Contrarreferencia)</li> <li>Decreto 3518 de 2006 (SIVIGILA)</li> <li>Decreto 2323 de 2006 (Laboratorios)</li> <li>Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas)</li> <li>Resolución 5596 de 2015- certificación de la Formación en Triage.</li> <li>Guías Médicas para Urgencias</li> <li>Guías de Enfermería</li> <li>Guía de Triage</li> </ul>

	<p>GU-PPA-017 Guía médica basada en evidencia científica - conducta suicida.          GU-PPA-018 Guía médica basada en evidencia científica agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis - paciente agitado.          PO-PPA-025 Protocolo criterios de ingreso y egreso del paciente servicio de urgencias.          PO-PPA-010 Declaración de muerte cerebral.          PO-PPA-007 Atención en salud a víctimas de violencia sexual según normatividad vigente.          MA-SPA-002 Manual de Aislamiento          PR-URG-005 Sala de rehidratación oral -criterios documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejado en el servicio.          INS-PPA-27 Instructivo educación paciente enfermería servicio urgencias.          PO-PPA-014 Protocolo de Traslado de paciente intrahospitalario.</p>	
--	--	--

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias
- Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas
- Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo de miocardio
- Oportunidad en la realización de apendicectomía

**Riesgos (Ver Ficha Técnica)**

Código	NOMBRE DEL RIESGO	CONTRIBUCIÓN DEL RIESGO				NIVEL DEL RIESGO IDENTIFICADO				EVALUACIÓN DEL RIESGO: CONSIDERACIONES DEL CONTROL										EVALUACIÓN DEL RIESGO: OTRAS MEDIDAS					
		SEVERIDAD	IMPACTO	EXPOSICIÓN	DETECTABILIDAD	SEVERIDAD	IMPACTO	EXPOSICIÓN	DETECTABILIDAD	DESCRIPCIÓN DE CONTROL	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR			
101	REINGRESO	Severidad: grave	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta
102	REINGRESO	Severidad: grave	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta
103	REINGRESO	Severidad: grave	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta
104	REINGRESO	Severidad: grave	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta	Severidad: alta	Impacto: alto	Exposición: alta	Detectabilidad: alta

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## 2. HOSPITALIZACIÓN

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>	<b>Código:</b> CP-HOS-001
		<b>Versión:</b> 002
<b>Proceso:</b> Hospitalización	<b>Responsable:</b> Subgerente Científico y Líder de Enfermería	<b>Fecha:</b> Noviembre de 2022
COPIA CONTROLADA		

**Objetivo:** Velar por la recuperación oportuna y segura de los usuarios con tratamientos intrahospitalarios que requieren la supervisión médica y de enfermería, mediante un trato humanizado.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de requisitos legales y reglamentarios, así como de las políticas y directrices institucionales hasta el egreso del paciente.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de la información y las Comunicaciones</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Planta de personal y contrataciones</li> <li>Capacidad instalada</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Reconocer las políticas y directrices institucionales</li> <li>Definir las características de calidad para los servicios</li> <li>Planificar la prestación del servicio</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomograma</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Plan Operativo de Producción</li> <li>Cuadro de turnos médico y de enfermería</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras, usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente Físico</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Admisiones y Facturación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos disponibles</li> <li>Directrices para la Admisión</li> <li>Información del paciente</li> <li>Propiedad del usuario</li> <li>Guías y protocolos</li> <li>Historia Clínica dinámica</li> <li>Políticas y procedimientos médicos, de enfermería, de bioseguridad y de gestión ambiental</li> <li>Procedimientos para la gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Normatividad</li> <li>Directrices de Facturación</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Alistar los puestos de trabajo y habitaciones</li> <li>Realizar el ingreso y ubicación del paciente de acuerdo al diagnóstico</li> <li>Identificar y salvaguardar los bienes que son propiedad del usuario</li> <li>Asegurar las condiciones para la restricción de áreas, si es necesario. Aislamientos por Enfermedad o por Seguridad</li> <li>Realizar atención, cuidados y aplicar tratamiento según órdenes médicas y acorde a las guías y protocolos</li> <li>Efectuar seguimiento a la evolución del paciente y ajustar conducta, si es necesario.</li> <li>Definir conducta y manejo de egreso</li> <li>Reportar los eventos asociados a la seguridad del paciente</li> <li>Realizar educación al usuario y su familia</li> <li>Generar reportes de información legal y reglamentaria</li> <li>Realizar el egreso del paciente, remisión o salida, y solicitar facturación</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones controladas</li> <li>Historia Clínica dinámica</li> <li>Acta de propiedad del usuario</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Registros del tratamiento, seguimiento y evaluación del paciente</li> <li>Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Registros de educación</li> <li>Reportes de Información legal y reglamentaria</li> <li>Registros de egreso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Procesos Misionales</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Seguimiento y evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<p style="text-align: center; background-color: yellow; font-weight: bold;">V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>17. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>18. Analizar los informes de auditorías</li> <li>19. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales</li> <li>20. Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>21. Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>22. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p style="text-align: center; background-color: blue; font-weight: bold;">A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>23. Tomar acciones de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación de las fechas de vencimiento de los medicamentos.</li> <li>Realización de Rondas de Seguridad</li> <li>Verificación del cumplimiento de los 10 CORRECTOS en la administración de medicamentos.</li> <li>Atender al usuario según las guías, protocolos y buenas prácticas de seguridad del paciente</li> <li>Verificar la disponibilidad y existencia de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento del paciente hospitalizado</li> <li>Seguimiento y control de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio en los carros de paro y red de oxígeno.</li> <li>Seguimiento y control a las condiciones de asepsia en cada una de las habitaciones</li> <li>Verificación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los funcionarios</li> <li>Restringir el ingreso de personal no autorizado a las áreas de hospitalización.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos.</li> <li>Retirar el personal no autorizado de las áreas restringidas</li> <li>Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario</li> <li>Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida.</li> <li>Ajustar el cuadro de turnos médico y de enfermería</li> <li>Restablecer condiciones del Stock de medicamentos y dispositivos médicos, carros de paro y red de oxígeno.</li> <li>Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información.</li> </ol>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación y comunicación oportuna de pacientes con diagnósticos que requieren aislamiento.</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables.</li> <li>Garantizar las condiciones de privacidad.</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables</li> <li>Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas.</li> </ol>	

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Puesto de Enfermería, Habitaciones Dotadas, Área de Aseo, Cuarto Limpio y Cuarto Sucio, Equipos Biomédicos, Insumos Hospitalarios, Dispositivos Médicos, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Papelería Legal y Reglamentaria. Ver Resolución 2003 de 2014</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Científico, Coordinador de Enfermería, Enfermeras Auxiliares, Enfermera jefe, Médicos, Personal Asistencial Adicional.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014)</p>	<p>PR-HOS-010 Procedimiento para la solicitud de nutrición en el servicio de Hospitalización</p> <p>GHO-ENF-449 Guía toma muestra gasometría arterial 1.</p> <p>GHO-ENF-431 Guía de enfermería para la toma de signos vitales 1.</p> <p>GHO-ENF-432 Guía de enfermería curaciones 1.</p> <p>GHO-ENF-434 Guía de enfermería asistencia al usuario con drenajes</p> <p>GHO-ENF-436 Guía enfermería trasfusión sanguínea 1.</p> <p>GHO-ENF-443 Guía inserción, fijación y retro sonda nasogástrica 1.</p> <p>GHO-ENF-444 Protocolo sonda vesical 1.</p> <p>GHO-ENF-445 Guía enfermería tomas muestras laboratorio 1</p> <p>GHO-ENF-447 Guía de enfermería toma de glucometría 1.</p> <p>GHO-ENF-450 Guía de enfermería toma de muestra para hemocultivos 1.</p> <p>GHO-ENF-453 Guía de enfermería administración de líquidos parenterales 1.</p> <p>GSF-SUM-400 Guía de enfermería administración de medicamentos 1.</p> <p>PO-PPA-005 Entrega de turnos de Enfermería.</p> <p>PO-PPA-006 Inserción, mtto y retro de Catéter Venoso Central.</p> <p>PO-SPA-012 Catéter Periférico.</p> <p>PO-URG-002 Control de líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 1797 por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones</li> <li>Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social</li> <li>Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.</li> <li>Decreto N° 2323 de 2006 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones</li> <li>Ley 1751 del 16 Febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud</li> <li>Ley 1438 del 19 de Enero del 2011 conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Ley 23 de 1981 (Ética Médica)</li> <li>Ley 09 de 1979, (Código Sanitario)</li> <li>Ley 600 de 2000 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal)</li> <li>Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas)</li> <li>Guías Médicas para Hospitalización</li> <li>Guías de Enfermería para Hospitalización</li> </ul>

	<p>GU-PPA-021 Recomendaciones de manejo Tromboprofilaxis.          PO-HOS-001 Protocolo de recibo y entrega de enfermería 2022.          PO-PPA-050 Protocolo Hipokalemia e Hiperkalemia.          PO-PPA-025 Protocolo criterios de ingreso y egreso del paciente servicio de hospitalización.          PO-PPA-023 Protocolo ronda médica.          PO-PPA-024 Protocolo interconsultas (1).          PO-HOS-001 Protocolo de recibo y entrega de turno por enfermería.          PO-PF-001 Protocolo de enfermería para el control de líquidos.          PO-PPA-028 Protocolo plan de cuidados de enfermería internación y urgencias.          GU-PP-002 Administración de medicamentos.          GU-PP-003 Guía de inmovilización de pacientes (sujeción de pacientes).          GU-PP-005 Guía de enfermería tomas muestras laboratorio.          PO-PF-006 Cateterismo vesical.          GU-PP-015 Preparación para toma de imágenes diagnósticas.          PO-FIS-006 Protocolo actividades de rehabilitación de movilización temprana en UCI.</p>	
--	---	--

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Tasa de muertes intrahospitalarias después de 48 horas del ingreso
- Porcentaje Ocupacional Hospitalización general
- Porcentaje Ocupacional UCI - UCE
- Promedio días de estancia hospitalización general medicina interna
- Promedio días de estancia hospitalización general Urología
- Promedio días de estancia hospitalización general cirugía general
- Promedio días de estancia hospitalización general neurocirugía
- Promedio días de estancia hospitalización general Ortopedia
- Promedio días de estancia hospitalización UCI – UCE
- Giro Cama hospitalización general
- Giro Cama UCI - UCE
- Infección intrahospitalaria

**Riesgos (Ver Ficha Técnica)**

Código	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO					EVALUACIÓN DEL RIESGO CUANTITATIVO					EVALUACIÓN DEL RIESGO CUALITATIVO										EVALUACIÓN DEL RIESGO TOTAL								
	DEFINICIÓN	EFECTOS	CAUSAS/FACTORES	DIAGNÓSTICO	MEASURABILIDAD	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	FRECUENCIA	PROBABILIDAD	IMPACTO
001	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
002	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
003	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
004	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
005	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
006	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
007	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
008	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
009	Infección intrahospitalaria	Lesiones y complicaciones	Falta de higiene de las manos, uso incorrecto de antibióticos, contacto con superficies contaminadas	Signos y síntomas de infección	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Frecuente	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	Código: MA-MCO-004
		Versión: 004
		Fecha: mayo de 2023

### 3. GESTIÓN FARMACÉUTICA

	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>	Código: CP-GFA-001
		Versión: 01
		Fecha: Noviembre de 2022
Proceso: Servicio Farmacéutico	Responsable: Subgerente Científico y Director Técnico Servicio Farmacéutico	

**Objetivo:** Dispensar correctamente los medicamentos y dispositivos médicos requeridos, tanto por clientes internos como por usuarios, de manera oportuna y segura contribuyendo así a mejorar la calidad en la prestación de servicios de la ESE.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios hasta el seguimiento y control a las condiciones ambientales.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Gestión de bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Contratos</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Comportamiento de datos históricos y epidemiológicos</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<b>P</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Reconocer los contratos con las EPS y ente territorial</li> <li>Reconocer las políticas y directrices institucionales</li> <li>Definir las características y condiciones físicas y ambientales</li> <li>Planificar la prestación del servicio</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomograma</li> <li>Actas de comité</li> <li>Condiciones Físicas y Ambientales Reglamentarias</li> <li>Stock de máximos y mínimos</li> <li>Listado Básico de medicamentos y dispositivos médicos</li> <li>Listado de Precios</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de bienes y servicios</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Usuarios</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Usuarios y partes interesadas</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Proveedores</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas</li> <li>Cronogramas de grupos primarios y comités</li> <li>Recursos disponibles</li> <li>Órdenes de servicio y Solicitudes de pedido</li> <li>Directrices de Admisiones y Facturación</li> <li>Stock de máximos y mínimos</li> <li>Listado de Precios</li> <li>Listado Básico de medicamentos y dispositivos médicos</li> <li>Contratos</li> <li>Políticas comerciales e institucionales</li> <li>Normatividad</li> <li>Evento adverso o servicios no conformes identificados</li> </ul>	<b>H</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Promover y controlar el servicio farmacéutico</li> <li>Alistar puestos de trabajo y áreas del servicio.</li> <li>Recepcionar y evaluar órdenes de medicamentos, servicios y solicitudes de pedido, según sistema de información</li> <li>Dispensar los medicamentos y dispositivos médicos; incluye educación al usuario y su familia</li> <li>Efectuar el despacho de pedidos a los diferentes servicios</li> <li>Asegurar la entrega de faltantes</li> <li>Realizar seguimiento y control a Stocks y vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos</li> <li>Desarrollar las acciones de farmacovigilancia y Tecnovigilancia</li> <li>Realizar seguimiento y control a las condiciones ambientales</li> <li>Reportar los eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Generar reportes de información legal y reglamentaria, si es necesario.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actas de reuniones</li> <li>Registros de capacitación</li> <li>Condiciones controladas</li> <li>Registro de medicamentos de control especial y Facturas</li> <li>Registros en el Sistema de Información</li> <li>Registro de Entrega de Faltantes</li> <li>Registro de Visitas y Control de Stocks</li> <li>Actas de los Comités e informes de gestión</li> <li>Reportes de condiciones ambientales</li> <li>Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Reportes de información legal y reglamentaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Aseguradoras, usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos del SICA</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>		<b>V</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Anaizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Anaizar los informes de auditorías</li> <li>Anaizar los informes de comités institucionales</li> <li>Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>





 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

#### 4. AYUDAS DIÁGNOSTICAS

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-ADI-001
	<b>Proceso:</b> Ayudas Diagnósticas (Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica)	<b>Responsable:</b> Subgerente Científico y Coordinadora de Ayudas Diagnósticas	<b>Versión:</b> 002
			<b>Fecha:</b> noviembre 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Prestar servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con alto grado de confiabilidad y oportunidad, cumpliendo con los requisitos legales y técnicos.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios y el reconocimiento de los contratos hasta el control y egreso del paciente.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de control, legislación y regulación</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Red de Laboratorios de Referencia</li> <li>Red de prestadores</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de bienes y servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Contratos con EAPB</li> <li>Políticas y directrices institucionales</li> <li>Guías y protocolos validados</li> <li>Capacidad instalada</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<b>P</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Reconocer los contratos con las EAPB y ente territorial</li> <li>Reconocer las políticas y directrices institucionales</li> <li>Definir las características de calidad para las diferentes pruebas y estudios</li> <li>Planificar la prestación del servicio</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Actas de grupo primario</li> <li>Plan de Control de Calidad Técnica</li> <li>Plan Operativo de Producción</li> <li>Cuadro de turnos</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> <li>Procesos de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> <li>Admisiones y Facturación</li> <li>Gestión de Sistemas e Información</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos disponibles</li> <li>Plan de Control de Calidad</li> <li>Información del paciente, Ordenes de Servicios y Factura</li> <li>Normatividad aplicable</li> <li>Contratos con EAPB</li> <li>Propiedad del usuario</li> <li>Guías y protocolos</li> <li>Historia Clínica Dinámica</li> <li>Muestras y Condiciones del Paciente</li> <li>Políticas y procedimientos de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental</li> <li>Gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Normatividad aplicable</li> <li>Directrices para el Egreso</li> </ul>	<b>H</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Brindar recomendaciones previas para las pruebas y estudios</li> <li>Alistar puestos de trabajo, áreas, equipos biomédicos y vidiería</li> <li>Recepcionar y evaluar ordenes de servicios y usuarios</li> <li>Instruir al paciente o asignar nuevamente el servicio, si es necesario.</li> <li>Identificar y salvaguardar los bienes que son propiedad del usuario, si es necesario.</li> <li>Realizar la toma y recepción de muestras y estudios</li> <li>Realizar educación al usuario y su familia</li> <li>Procesar y analizar las muestras y estudios</li> <li>Realizar seguimiento y control a las condiciones ambientales y el aseguramiento metrológico</li> <li>Reportar los eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Generar reportes de información legal y reglamentaria, si es necesario.</li> <li>Realizar el egreso del usuario, Entrega de resultados.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones controladas</li> <li>Acta de propiedad del usuario, si aplica.</li> <li>Consentimiento informado, si aplica</li> <li>Historia Clínica Dinámica</li> <li>Registro de demanda inducida</li> <li>Informe de Resultados</li> <li>Reportes de condiciones ambientales, de calibración y verificación</li> <li>Informe de eventos relacionados con la seguridad del paciente</li> <li>Reportes de información legal y reglamentaria</li> <li>Registros de egreso y entrega de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Procesos Misionales</li> <li>Gestión del Ambiente y la infraestructura</li> <li>Gestión de la información y las comunicaciones</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de Sistemas e Información</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> <li>Guías y protocolos</li> </ul>	<b>V</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Analizar los informes de auditorías</li> <li>Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales</li> <li>Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control</li> <li>Verificar la adherencia a guías y protocolos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de grupo primario</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p><b>A</b> 26. Tomar acciones de mejoramiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Evaluación Independiente</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación del estado y condiciones adecuadas de los equipos biomédicos y dispositivos médicos para el uso.</li> <li>Verificación de las fechas de vencimiento de los reactivos.</li> <li>Verificación de la disponibilidad de los servicios públicos para la prestación del servicio</li> <li>Verificación de la funcionalidad de los Sistemas de Información</li> <li>Realización de procedimientos acorde a las guías y protocolos</li> <li>Realización de controles de calidad en todas las áreas del Laboratorio Clínico antes de realizar todas las técnicas.</li> <li>Seguimiento y control al Stock mínimo de reactivos y dispositivos médicos.</li> <li>Seguimiento y control a las condiciones de <u>asEAPBia</u>.</li> <li>Restringir el ingreso de personal no autorizado a las diferentes áreas.</li> <li>Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables.</li> <li>Garantizar las condiciones de privacidad</li> <li>Realizar correlación diagnóstica antes de la entrega de resultados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Solicitar el ajuste, mantenimiento o calibración de los equipos biomédicos y dispositivos médicos.</li> <li>Retirar el personal no autorizado de las áreas restringidas.</li> <li>Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida.</li> <li>Análisis y correctivos de controles de calidad.</li> <li>Restablecer condiciones del Stock de reactivos y dispositivos médicos</li> <li>Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información</li> <li>Confirmar resultados en límites muy altos o muy bajos de los valores de referencia.</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Software, Equipos Biomédicos; Según Resolución 2003 de 2014, Espacios Físicos acordes a la Normatividad, Medicamentos e Insumos para las Pruebas y Estudios de Imagenología, Nevera, Horno, Balanzas.</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Científico, Coordinadora de Ayudas Diagnósticas, Tecnólogo en Imágenes Diagnósticas, Bacteriólogos, Auxiliares de Laboratorio.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos, Resolución 2003 de 2014 y Manual de Bioseguridad)</p>	<p>INS-ADI-003 Instructivo para el transporte de muestras.</p> <p>INS-ADI-004 Instructivo para la marcación de muestras de Laboratorio.</p> <p>MA-ADI-001 Manual de Citometría de Flujo.</p> <p>MA-TRA-01 Manual de Servicio Transfusional.</p> <p>MA-ADI-003 Manual de Microbiología.</p> <p>MA-ADI-005 Manual de Líquidos Estériles.</p> <p>MA-ADI-006 Manual de Transporte y Remisión de muestras.</p> <p>MA-ADI-008 Manual de Coagulación.</p> <p>MA-ADI-008 Manual de Reactivovigilancia.</p> <p>MA-ADI-009 Manual de Hematología.</p> <p>MA-ADI-010 Manual de Control de Calidad.</p> <p>MA-ADI-011 Manual de toma de muestras.</p> <p>MA-ADI-015 Manual de Validación de pruebas de Laboratorio.</p> <p>PR-ADI-001 Procedimiento para el manejo y envío de muestras a Patología.</p> <p>PR-ADI-002 Procedimiento para el envío de muestras para congelación.</p> <p>PR-ADI-003 Procedimiento para la limpieza y desinfección en el Laboratorio Clínico.</p> <p>PR-ADI-004 Procedimiento para la limpieza y desinfección del área de procesamiento de BK.</p> <p>PO-TRA- 001 Protocolo Gestión Pretransfusional.</p> <p>PO-TRA- 002 Protocolo stock, descarte y transporte de hemocomponentes.</p> <p>PO-ADI-002 Protocolo de radiografía simple.</p> <p>PO-ADI-003 Protocolo de Nefroprotección.</p> <p>PO-ADI-004 Protocolo drenaje de biopsias, toracocentesis guiada por TAC o ecografía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 1797 por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones</li> <li>Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social</li> <li>Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.</li> <li>Decreto N° 2323 de 2006 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones</li> <li>Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud</li> <li>Ley 1438 del 19 de enero del 2011 conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Ley 23 de 1981 (Ética Médica)</li> <li>Ley 09 de 1979; (Código Sanitario)</li> <li>Ley 600 de 2000 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal)</li> <li>Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal)</li> <li>Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas)</li> <li>Decreto 4747 de 2007</li> <li>Resolución 3047 de 2008</li> <li>NTC-ISO/IEC 17025</li> </ul>

	<p>PO-ADI-005 Protocolo de Ecografías. PO-ADI-006 Protocolo tomografía axial computarizada. PO-ADI-007 Recolección de líquidos corporales. PO-ADI-008 Protocolo para la Calidad de la imagen. GU-ADI-002 Guía rápida de usuario hematología GU-ADI-004 Guía rápida de usuario C311. GU-ADI-005 Guía rápida de usuario CA-660. GU-ADI-006 Guía rápida toxoplasma-TSH T4. PL-GTH-001 Programa de formación continua y capacitación. GA-QMT-001- Guía seguridad en el manejo, uso de los medicamentos oncológicos y seguimiento al paciente POS administración de tratamiento. GA-QMT-002 Guías de manejo de las principales complicaciones causadas por los medicamentos utilizados en el servicio. GA-QMT-003 Guía de riesgos sala de quimioterapia. GA-QMT-004 Guía funciones del auxiliar de enfermería. GA-QMT-005 Guía de funciones de la enfermera oncóloga. GA-QMT-006 Guía de cáncer de seno. INS-QMT-001 Instructivo inmunoterapia intravesical. INS-QMT-002 Instructivo reservorio venoso subcutáneo INS-QMT-003 Cartilla de educación al paciente. LIS-QMT-001 Listado de medicamentos citostáticos. PR-QMT-001 Instructivo de visitas de inspección del servicio farmacéutico a servicios asistenciales. PR-QMT-002 Procedimiento para la custodia de pertenencias en QMT. PR-QMT-003 Procedimiento para la atención del paciente en el servicio de quimioterapia.</p>	
	<p>PR-QMT-004 Gestión segura de los medicamentos oncológicos. PO-QMT-002 Protocolo de manejo de extravasaciones. PO-QMT-003 Protocolo de habilitación de catéter implantable. PO-QMT-004 Protocolo de administración de quimioterapia. PO-QMT-005 protocolo quimioterapia intratecal. PO-QMT-006 Medidas de bioseguridad para el manejo de medicamentos citostáticos y conservación de cadena de frío. PO-QMT-007 Protocolo de quimioterapia intravesical. PO-QMT-008 Protocolo para consulta externa de hemato – oncología. PO-QMT-009 Protocolo de quimioterapia en consulta externa. PO-QMT -010 Protocolo de manejo de cáncer de colon. PO-QMT-011 Protocolo de cáncer de próstata. PO-QMT-012 Protocolo para el manejo de linfomas folicular. PR-QMT-013 Protocolo de manejo de linfomas NO HODGKIN (B difuso) (1). PO-QMT-014 Protocolo de manejo de linfoma HODGKIN (1) PO-QTM- 015 Protocolo de manejo de leucemia mielóide aguda (LMA) (1). PO-QMT-016 Protocolo de manejo de linfoma HODGKIN.</p>	

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Porcentaje de cumplimiento al control de calidad del laboratorio
- Oportunidad entrega resultados laboratorio básico al servicio de urgencias
- Oportunidad entrega resultados laboratorio básico al servicio de hospitalización
- Oportunidad entrega resultados laboratorio básico al servicio de cirugía
- Oportunidad en la toma de imágenes en los servicios de imagenología y diagnóstico general
- Proporción de Adherencia a la toma de muestras
- Oportunidad en la programación de quimioterapia
- Adherencia a Procedimiento de Enfermería en el servicio de quimioterapia
- Calidad del diligenciamiento del registro clínico por enfermería en el servicio de quimioterapia
- Número de pacientes con efectos secundarios intolerables que suspenden el tratamiento en el servicio de quimioterapia
- Registro de mortalidad con fines estadísticos y seguimiento a usuarios en el servicio de quimioterapia
- Infecciones Intrahospitalaria
- Proporción de eventos adversos

**Riesgos (Ver Ficha Técnica)**

INDICADORES DE CALIDAD					RIESGOS DEL PROCESO LABORATORIO					RIESGOS DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA														
INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	
Porcentaje de cumplimiento al control de calidad del laboratorio	Porcentaje	Porcentaje de cumplimiento al control de calidad del laboratorio	Medio	95%	Alto	...	...	...	Medio	...	...	...	...	...	Medio	...	...	...	...	...	...	...	...	...

INDICADORES DE CALIDAD					RIESGOS DEL PROCESO LABORATORIO					RIESGOS DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA														
INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	INDICADOR	UNIDAD	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	PREVALENCIA (%)	SEVERIDAD	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## TERCER GRUPO – PROCESOS DE APOYO

### 1. GESTIÓN FINANCIERA

	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GFI-001
			<b>Versión:</b> 003
	<b>Proceso:</b> Gestion Financiera	<b>Responsable:</b> Coordinador Financiero	<b>Fecha:</b> noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Velar por el manejo adecuado de los recursos económicos del Hospital y la administración de la información financiera y contable, mediante los principios de la racionalidad, confiabilidad, relevancia y comprensibilidad, de forma tal que se contribuya a la sostenibilidad de la institución.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios y el reconocimiento de las necesidades de recursos hasta la generación de la información financiera y contable de la institución.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, regulación y control</li> <li>Todos los Procesos</li> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Gestión de Compras y Suministros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Directrices administrativas</li> <li>Políticas y procedimientos documentado</li> <li>Plan de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal</li> <li>POAI - PEDI</li> </ul>	<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Proyecto de Presupuesto</li> <li>Acta de proyección del presupuesto</li> <li>Acuerdo de Junta Directiva</li> <li>Resolución de aprobación CODFIS.</li> <li>Plan plurianual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>DSSyPSA</li> <li>Entes de control</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
SECOP Todos los Procesos Direccionamiento Institucional Usuarios Proveedores y acreedores Gestión de Compras y Suministros Gestión Documental Gestión del Talento Humano Admisiones y Facturación Entes de control y partes interesadas ERP	Requisitos del SECOP Solicitud de disponibilidad Presupuestal para: Ordenes de servicios Ordenes de Compra Contratos Notas débito y crédito Facturas Cuentas de cobro Oficio de glosas Extractos bancarios Convenios interadministrativos Formato de solicitud de disponibilidad y/o registro presupuestal Servicios prestados Notificaciones de glosas y devoluciones por parte de las ERP <ul style="list-style-type: none"> <li>Directrices administrativas</li> <li>Dinero en efectivo</li> <li>Obligaciones pactadas</li> <li>Facturas o cuentas de cobro y sus soportes</li> <li>Nómina y novedades de personal</li> <li>Informes contables</li> <li>Dinero recaudado</li> <li>Autorización del pago</li> <li>Información de deudores y el estado de cuentas por cobrar</li> <li>Plantilla de ejecución presupuestal</li> <li>Solicitudes de informes</li> </ul>	<b>H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información financiera para la formulación del Plan</li> <li>Ejecución presupuestal</li> <li>Disponibilidad presupuestal</li> <li>Registros presupuestales</li> <li>Informes financieros</li> <li>Certificados presupuestales</li> <li>Acto administrativo de modificación al presupuesto</li> <li>Registros de causación</li> <li>Actas de conciliación</li> <li>Notas contables (proveedores – acreedores)</li> <li>Conciliaciones bancarias y boletines de tesorería</li> <li>Impuestos liquidados</li> <li>Comprobante de egreso y recibos de caja</li> <li>Registro de respuesta a glosas y devoluciones tramitadas</li> <li>Facturas de servicios prestados y cuentas de cobro radicadas</li> <li>Documentos digitalizados</li> <li>Facturas auditadas a terceros o acreedores</li> <li>Informes periódicos</li> <li>Informes legales y reglamentarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Control interno</li> <li>Revisoría fiscal</li> <li>Proveedores</li> <li>Acreedores</li> <li>ERP</li> <li>Entes de control y partes interesadas</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de la Información y las comunicaciones</li> <li>Entes de Control</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Direccionamiento Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Procesos y procedimientos</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Analizar los informes de auditorías</li> <li>Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales</li> <li>Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Entes de control y partes interesadas</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Informe del seguimiento al plan de desarrollo y el POAI</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tomar acciones de mejoramiento</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Institucional</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Entes de control y partes interesadas</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación de la adecuada formulación del presupuesto y del plan operativo anual de inversiones, en correspondencia con la plataforma estratégica institucional y los planes operativos.</li> <li>Verificación de soportes legales y administrativos necesarios para la causación de cuentas.</li> <li>Verificación efectiva de las transacciones electrónicas informadas por los clientes.</li> <li>Seguimiento y actualización del estado de cartera para evitar cobros inexactos.</li> <li>Garantizar la justificación de los ajustes contables que se efectúen.</li> <li>Seguimiento a los resultados de las conciliaciones entre el cruce de la información contable, de tesorería y de presupuesto.</li> <li>Verificación de la asignación adecuada de los CDP's a los rubros proyectados.</li> <li>Aplicación adecuada de las políticas de seguridad informática que garanticen confiabilidad en la información contable y financiera, así como en el manejo de los recursos.</li> <li>Eliminar cheques de cuenta inactivas.</li> <li>Revisar diariamente los movimientos bancarios, así como las notificaciones vía electrónica</li> <li>Notificación escrita a los clientes de su estado de cartera de manera periódica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ajustar o repetir los informes financieros y contables que no reflejen el estado real de la Institución</li> <li>Anular los registros contables y presupuestales, y títulos valores, mal elaborados.</li> <li>Gestionar el recaudo de dineros pagados a terceros de una manera errónea</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Internet, Aplicación CNT, Papelería Legal y Reglamentaria, Sellos de Tinta.</p> <p><b>Humano:</b> Subgerente Administrativo, Técnico Administrativo y Auxiliar de Administración Contable.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)</p>	<p>PR-GFI-004: Procedimiento deterioro de cartera</p> <p>PR-GFI-005: Procedimiento conciliación bancaria y de saldos</p> <p>PR-GFI-006: Procedimiento distribución de costos y gastos</p> <p>PR-GFI-007: Procedimiento distribución de costos</p> <p>PR-GFI-008: Procedimiento para ajustes contables y actividades previas al cierre</p> <p>PR-GFI-009: Procedimiento generación y divulgación de estados financieros</p> <p>PR-GFI-010: Procedimiento presentación de informes financieros a entes externos</p> <p>PR-GFI-011: Procedimiento liquidación y pago de estampillas y contribuciones especiales</p> <p>PR-GFI-012: Procedimiento liquidación y pago de impuestos mensuales y bimestrales</p> <p>PR-GFI-013: Procedimiento determinación de saldos disponibles v002</p> <p>PR-GFI-014: Procedimiento registro del recaudo bancario v002</p> <p>PR-GFI-015: Procedimiento custodia y manejo de las cuentas por pagar v002</p> <p>PR-GFI-016: Procedimiento realización de pagos</p> <p>PR-GFI-017: Procedimiento conciliación modulo de tesorería</p> <p>PR-GFI-018: Procedimiento creación de cajas menores</p> <p>PR-GFI-019: Procedimiento consignación y asiento del efectivo recaudado por prestación de servicios de salud</p> <p>PR-GFI-020: Procedimiento liquidación y pago de estampillas y contribuciones especiales</p> <p>PR-GFI-021: Procedimiento recaudo de dinero prestación servicio</p> <p>PR-GFI-022: Procedimiento conteo y verificación de efectivo de cajas de recaudo</p> <p>PR-GFI-023: Procedimiento manejo de caja menor de devoluciones</p> <p>PR-GFI-001: Gestión de cartera aseguradoras v003</p> <p>PR-GFI-002: Gestión del cobro de particulares</p> <p>PR-GFI-003: Aplicación de pagos a particulares</p> <p>PR-GFI-024: Procedimiento de admisión en urgencias</p> <p>PR-GFI-025: Procedimiento de facturación de servicios de urgencias</p> <p>PR-GFI-026: Procedimiento de facturación de servicios de hospitalización</p> <p>PR-GFI-027: Procedimiento para los tramites en el servicio de hospitalización - SEC de sala</p> <p>PR-GFI-028: Procedimiento de facturación de servicios ambulatorios</p> <p>PR-GFI-033: Procedimiento para la realización de Auditoria Concurrente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 1066 de 2006 (Recuperación de Cartera)</li> <li>Decreto 111 de 1996 (Presupuesto)</li> <li>Decreto 115 de 1996 (Presupuesto)</li> <li>Resolución 354 de 2007 (Régimen de Contabilidad Pública)</li> <li>Resolución 355 de 2007 (Plan General de Contabilidad)</li> <li>Resolución 356 de 2007 (Manual de Procedimientos Contables)</li> <li>Resolución 357 de 2008 (Control Interno Contable)</li> <li>Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)</li> <li>Manual de Control Interno Contable</li> </ul>



 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDULLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

## 2. GESTIÓN DOCUMENTAL

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDULLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GDO-001
	Proceso: Gestión Documental		<b>Versión:</b> 002
	<b>Responsable:</b> Subgerente Administrativo, Líder de archivo y Profesionales de Calidad		<b>Fecha:</b> noviembre 2022

<b>COPIA CONTROLADA</b>	
<b>Objetivo:</b> Garantizar la confidencialidad, oportunidad y preservación de los documentos y registros oficiales de la ESE, como parte de la memoria institucional y la transparencia de la función pública.	<b>Alcance:</b> Este proceso comprende desde la identificación de requisitos legales y reglamentarios y el reconocimiento de la planta de cargos hasta la eliminación y control de documentos obsoletos.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, regulación y control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Planta de cargos</li> <li>Información de puestos de trabajo</li> </ul>	<b>P</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Reconocer la planta de cargos</li> <li>Elaborar y actualizar del Programa de Gestión Documental</li> <li>Definir las políticas y directrices para la gestión documental</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Acta del Comité de Archivo</li> <li>Diagnóstico y Programa de Gestión Documental</li> <li>Procedimientos documentados</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entes de control</li> <li>Archivo General de la Nación</li> <li>Consejo Mpal. De Archivo</li> <li>DAFP</li> <li>Ente de Certificación</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Bienes y servicios</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de bienes y servicios</li> <li>Direccionamiento institucional</li> <li>Consejo Mpal. De Archivo</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Clientes, Usuarios y partes interesadas</li> <li>Entes de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directrices del Plan de Compras</li> <li>Diagnóstico y Programa de Gestión Documental</li> <li>TRD aprobadas</li> <li>Documentos de correspondencia</li> <li>Solicitud de consulta o préstamo de documentos</li> <li>Programa de Transferencia</li> <li>TVD aprobadas</li> </ul>		<b>H</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mantener espacios físicos; gestión, central, clínico e histórico.</li> <li>Sensibilizar y capacitar al personal en gestión documental</li> <li>Implementar las tablas de relación documental (TRD)</li> <li>Aplicar los procesos de correspondencia interna y externa, paperless office)</li> <li>Gestionar la consulta y préstamo de documentos</li> <li>Desarrollar procesos de transferencia y eliminación de documentos</li> <li>Implementar las tablas de valoración documental</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones controladas para la gestión</li> <li>Registros de asistencia</li> <li>Registros de Archivo</li> <li>Control de correspondencia recibida y enviada</li> <li>Imágenes escaneadas</li> <li>Registros de préstamo y consulta de documentos</li> <li>Formato único de inventario documental</li> <li>Actas de eliminación</li> <li>Registros de Archivo</li> <li>Acta del Comité de Archivo</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorías</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<b>V</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Analizar los informes de auditorías</li> <li>Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales</li> <li>Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Acta de Comité de Archivo</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Gestión de la información y las Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>		<b>A</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tomar acciones de mejoramiento</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación de la codificación e identificación adecuada de los documentos.</li> <li>Monitoreo al cumplimiento de las políticas de operación y puntos de control para la gestión documental.</li> <li>Comunicación y socialización oportuna de los documentos internos y externos para el logro de la gestión y el cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios aplicables.</li> <li>Aseguramiento de la actualización de los listados maestros, tablas e inventarios documentales.</li> <li>Verificar que los documentos que se estén utilizando sean las versiones actualizadas.</li> <li>Digitalización del documento, con la firma de recibido, de la correspondencia enviada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nueva identificación o recodificación de documentos.</li> <li>Recuperar documentos deteriorados o perdidos desde las copias de seguridad de la ESE.</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas de Hardware y Software Comercial, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Espacios Físicos dotados para los Archivos de Gestión, Central, Clínico e Histórico, Papelería con Membrete. Ver Resolución 2003 de 2014</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Administrativo, Profesionales de calidad, Coordinador de archivo, Auxiliares Administrativos.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Fuera de Ruido, Temperatura e Iluminación Adecuadas. (Ver Panorama de Riesgos y Ley 594 de 2000)</p>	<p>INS-GDO-001 Instructivo para la apertura de Historia Clínica en el Software.</p> <p>INS-GDO-002 Instructivo para el cargue de registros asistenciales físicos a la HC Electrónica.</p> <p>INS-GDO-005 Instructivo Diligenciamiento Consentimientos Informados en el Software V3.</p> <p>INS-GDO-006 Instructivo de foliación.</p> <p>MA-GDO-001 Manual de Historia Clínica</p> <p>MA-GDO-002 Manual de Tablas de Valoración Documental.</p> <p>MA-GDO-003 Manual de Tablas de Retención Documental.</p> <p>PR-GDO-001 Procedimiento para la obtención y la comprensión del consentimiento informado.</p> <p>PR-GDO-002 Procedimiento para la auditoría de la Historia Clínica.</p> <p>PR-GDO-003 Procedimiento para la radicación de derechos de petición, PQRSD, demandas y tutelas.</p> <p>PR-GDO-004 Procedimiento para trámite de correspondencia recibida, enviada e interna.</p> <p>PR-GDO-005 Procedimiento para las transferencias documentales primarias – falta.</p> <p>PR-GDO-006 Procedimiento para el control y custodia de Historias laborales.</p> <p>PR-GDO-007 Procedimiento para la contingencia de la HC electrónica.</p> <p>PR-GDO-008 Procedimiento para el manejo de registros diferentes a la Historia Clínica.</p> <p>PR-GDO-009 Procedimiento para la organización de archivos de gestión.</p> <p>PR-GDO-010 Procedimiento eliminación documentación.</p> <p>PR-GDO-011 Procedimiento selección documentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley 594 de 2000 (Archivo)</li> <li>• Resolución 1995 de 1999 (Historias Clínicas)</li> <li>• Resolución 3100 de 2019</li> <li>• Acuerdo 060 de 2001 (Correspondencia)</li> <li>• Norma de Calidad NTCGP 1000</li> <li>• Circular 004 de 2003 (Archivo General de la Nación)</li> <li>• Circular 012 de 2004 (Archivo General de la Nación)</li> <li>• Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)</li> </ul>
	<p>PR-GDO-012 Procedimiento para la organización de las historias laborales y la administración en el archivo central.</p> <p>PR-GDO-013 Procedimiento sistema Integrado de conservación – SIC.</p> <p>PR-GDO-014 Procedimiento recepción de transferencias documentales.</p> <p>PR-GDO-015 Procedimiento préstamo de documentos en el archivo central.</p> <p>PG-GDO-001 Programa de Gestión Documental.</p> <p>PL-GDO-001 Política Institucional Cero Papel Hospital La María.</p> <p>PN-GDO-001 Plan Institucional de Archivos PINAR V004 – 2021.</p>	

**Indicadores**

Factor Crítico de Éxito	Tipo	Nombre del Indicador	Fórmula	Descripción (Interpretación)	Meta	Rango de Gestión	Frecuencia	Responsable
Rendimiento	Efectividad	CTD	$\frac{\text{Número de transferencias recibidas}}{\text{Número de transferencias programadas}}$	Cumplimiento de transferencias documentales	90%	Mínimo 80%	Anual	Subgerente Administrativo
Rendimiento	Efectividad		$\frac{\text{Número de salidas temporales internas}}{\text{Número de usuarios internos}}$	Medir el préstamo de documentos para ser consultados fuera del CAD	50%	Máximo 60%	Mensual	Subgerente Administrativo
Calidad	Eficacia		$\frac{\text{Número de documentos deteriorados}}{\text{Número total de documentos físicos en el archivo central e histórico}}$	Medir el estado de conservación de los documentos	2%	Máximo 4%	Anual	Subgerente Administrativo



	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

### 3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GTH-001
			<b>Versión:</b> 002
	<b>Proceso:</b> Gestión del Talento Humano	<b>Responsable:</b> jefe de personal	<b>Fecha:</b> noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Gestionar el talento humano competente y capacitado para la eficiente prestación de los servicios y la gestión administrativa, mediante planes que generen compromiso, alineación con la estrategia institucional, desarrollo integral, motivación y adecuado clima laboral

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios para la planeación e ingreso del talento humano, a partir de las necesidades, hasta el retiro y desvinculación del personal y la generación de informes obligatorios.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, Regulación y control</li> <li>Junta Directiva</li> <li>DAFP</li> <li>Comisión Nacional de Servicio civil CNSC</li> <li>Ministerio del trabajo</li> <li>Ministerio de salud y protección social</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión de Compras y Suministros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Estructura Organizacional</li> <li>Solicitudes o necesidades de personal</li> <li>Planta de cargos</li> <li>Guía metodológica para la elaboración de acuerdos de gestión</li> <li>Resultados FURAG Vigencia Anterior</li> <li>Plan estratégico de desarrollo institucional</li> <li>Autoevaluación MIPG componente talento humano</li> <li>Plataformas de cargue de información institucional (SIGEP, EDLapp, SIHO, PISIS)</li> <li>Directrices del Plan anual de adquisiciones</li> <li>Plan de acciones e inversiones.</li> </ul>	<b>P</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Identificar las necesidades de personal</li> <li>Documentar cargos y funciones del personal; según dinámica institucional</li> <li>Establecer acuerdos de Gestión y lineamientos de evaluación por áreas</li> <li>Definir los planes de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan estratégico de talento Humano PGETH</li> <li>Plan de Bienestar Laboral.</li> <li>Plan de formación y capacitación (Inducción y reintroducción)</li> <li>Plan operativo de Gestión Humana</li> <li>Plan de vacantes y de provisión del recurso humano.</li> <li>Plan de SST.</li> <li>Plan PHED (emergencias y desastres)</li> <li>Plan de vacaciones.</li> <li>Plan de nómina y de pagos.</li> </ul> </li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Registro con las solicitudes de personal</li> <li>Convenios Docencia – Servicio</li> <li>Manual de funciones y competencias laborales actualizado</li> <li>Acuerdos de Gestión</li> <li>Actas de la Comisión de Personal</li> <li>Planes de trabajo</li> <li>Publicación en página web institucional</li> <li>Disponibilidad y registro presupuestal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Junta Directiva</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>DAFP</li> <li>Entes de control</li> <li>Gestión de la información y las Comunicaciones</li> <li>Gestión de Bienes y servicios</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico y líderes de proceso</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Entes Gubernamentales y de control</li> <li>DAFP</li> <li>Comisión Nacional de Servicio Civil CNSC</li> <li>Ministerio del trabajo</li> <li>Ministerio de salud y protección social</li> <li>Instituciones educativas</li> <li>Aseguradoras</li> <li>Cajas de compensación</li> <li>Fondos pensionales</li> <li>Empresas Administradoras de planes de beneficio</li> <li>Agregaciones y terceros</li> <li>Entidades bancarias y cooperativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directrices gerenciales de consecución y contratación del personal</li> <li>Manual de Funciones y Competencias Laborales</li> <li>Normatividad</li> <li>Contratos y soportes legales</li> <li>Planes de trabajo aprobados</li> <li>Novedades de personal</li> <li>Información de aseguradoras</li> <li>Información de jefes inmediatos</li> <li>Solicitudes de retiro y desvinculación</li> <li>Solicitudes de informes</li> <li>Cronograma de comités</li> <li>Requerimientos del personal</li> <li>Cuadros de turno</li> <li>Acuerdos de gestión</li> <li>Convenios docencia servicio</li> <li>Proyectos institucionales</li> <li>Matriz de reportes obligatorios de la ESE</li> <li>Resoluciones de pensiones</li> </ul>	<p><b>H</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Efectuar la selección de personal.</li> <li>Asignar personal en práctica a las áreas y servicios, según necesidades</li> <li>Asegurar la vinculación o ingreso del personal.</li> <li>Realizar la inducción y entrenamiento.</li> <li>Diffundir y socializar los planes de trabajo</li> <li>Ejecutar los planes de trabajo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan estratégico de talento Humano</li> <li>PCETH</li> <li>Plan de Bienestar Laboral.</li> <li>Plan de formación y capacitación (inducción y reintegración)</li> <li>Plan operativo de Gestión Humana</li> <li>Plan de vacantes y de provisión del recurso humano</li> <li>Plan de SST</li> <li>Plan PHED (emergencias y desastres)</li> <li>Plan de vacaciones.</li> <li>Plan de nómina y de pagos.</li> </ul> </li> <li>Administrar novedades de personal, permisos, vacaciones, licencias, cesantías, incapacidades, certificaciones y sanciones.</li> <li>Atender los requerimientos del personal</li> <li>Gestionar la compensación (Nómina y Prestaciones Sociales)</li> <li>Verificar la ejecución de la evaluación del desempeño</li> <li>Verificar la elaboración de los planes de mejoramiento individual.</li> <li>Asegurar el cumplimiento del Plan de trabajo de Comités del área</li> <li>Atender eventos de Gestión Disciplinaria</li> <li>Administrar los convenios Docencia – Servicio</li> <li>Realizar el retiro y desvinculación del personal.</li> <li>Gestión de Bonos y cuotas partes- Jubilados Pensionados</li> <li>Manejo de terceros y apoyo a proyectos en GH</li> <li>Generar informes legales y reglamentarios</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de selección de personal</li> <li>Contratos y nombramientos</li> <li>Registros de afiliaciones.</li> <li>Registros de inducción y entrenamiento</li> <li>Actas de reuniones de personal y anexos</li> <li>Actas de comité</li> <li>Resolución y actos administrativos</li> <li>Profesiograma</li> <li>Registros de novedades</li> <li>Informes de seguimiento a planes de trabajo</li> <li>Nómina liquidada</li> <li>Bases de datos</li> <li>Informes de evaluación de desempeño</li> <li>Informes de seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Gestión</li> <li>Planes de mejoramiento e informes de seguimiento y evaluación</li> <li>Registros del retiro y desvinculación</li> <li>Informes legales y reglamentarios</li> <li>Seguimiento a entrada y salidas del personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Control interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Aseguradoras</li> <li>Gestión Financiera</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>DAFP</li> <li>Junta Directiva</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Control Interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de ejecución de los planes de trabajo</li> <li>Informes con resultados de la evaluación de desempeño</li> <li>Matriz de indicadores</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Convenios docencia servicio</li> <li>Procesos de gestión disciplina</li> <li>Planes de trabajo de ellos comités de área</li> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorias</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar el seguimiento a planes de mejoramiento:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Servidores públicos</li> <li>Auditorías internas y externas</li> </ul> </li> <li>Realizar el seguimiento a la ejecución de planes de trabajo</li> <li>Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Analizar los indicadores de seguimiento a la ejecución del plan de trabajo de comités</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>Realizar el control de la gestión disciplinaria</li> <li>Realizar la evaluación de la gestión de los convenios docencia servicio</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Informes de seguimiento</li> <li>Actas del Comité</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tomar acciones de mejoramiento</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Entes de control</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Aseguradoras y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Verificación adecuada y oportuna de los títulos descritos en las hojas de vida del personal.</li> <li>Planificación y comunicación oportuna de las actividades de talento humano con el fin de lograr el impacto y cobertura requerida.</li> <li>Construcción, seguimiento y evaluación participativa y eficaz de la evaluación de desempeño, los acuerdos de gestión y los planes de mejoramiento individual.</li> <li>Tramitar de manera de manera oportuna y eficaz las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Monitoreo y actualización oportuna del Manual de Funciones y Competencias Laborales.</li> <li>Desarrollo de planes y programas acordes a las necesidades y expectativas del personal.</li> <li>Monitoreo y actualización oportuna de las Historias Laborales.</li> <li>Verificación adecuada y oportuna de los informes antes de su envío.</li> <li>Asegurar el reporte oportuno de novedades sin que éste afecte las partes interesadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Retirar y desvincular de inmediato a la persona que presente falsedad en documentos.</li> <li>Reconstruir historias laborales.</li> <li>Repetir o reprogramar actividades de talento humano que no cumplieron sus objetivos.</li> <li>Repetir o revocar acto administrativo resolutorio.</li> <li>Replantear acuerdos de gestión o planes de mejoramiento individual, así como la concertación de objetivos, mal formulados.</li> <li>Suspender convenios o contratos que no cumplen con los objetivos pactados.</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficina dotada, Hardware y Software Comercial, Auditorio, Equipos de Ayuda Auditiva.</p> <p><b>Humanos:</b> jefe de Oficina (Personal), Auxiliares Administrativos, Técnico en salud y seguridad en el trabajo</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)</p>	<p>MA-TH-001 Manual de normas de bioseguridad.</p> <p>MA-TH-002 Manual de procedimiento de vinculación de talento humano.</p> <p>PN-TH-001 Plan institucional de capacitación.</p> <p>PN-TH-002 Plan de emergencias internas y externas.</p> <p>PN-TH-003 Plan de bienestar social e incentivos.</p> <p>PR-TH-001 Procedimiento de suficiencia de capacidad talento humano.</p> <p>PR-TH-002 Procedimiento de notificación de incidente y accidente de trabajo.</p> <p>PR-TH-003 Procedimiento de investigación de incidentes y accidentes de trabajo.</p> <p>PR-GTH-003 Procedimiento para la elaboración y el seguimiento a convenios docencia-servicio.</p> <p>PR-GTH-002 Procedimiento para la liquidación de la nómina.</p> <p>MA-GTH-002 Manual de administración SIGEP - Personal Contratos.</p> <p>MA-GTH-003 Manual y procedimientos del programa de bienestar y formación 2022.</p> <p>PL-GTH-001 Programa de formación continua y capacitación.</p> <p>PL-GTH-002 Plan grupo de jubilados E.S.E Hospital La María.</p> <p>PL-GTH-003 Política SST E.S.E Hospital La María.</p> <p>PO-GTH-001 Protocolo atención preferencial.</p> <p>PR-GTH-005 Procedimiento capacitación.</p> <p>PR-GTH-006 Procedimiento para la inducción y reincorporación del personal.</p> <p>PR-GTH-007 Procedimientos del programa de bienestar laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 190 de 1995 (Moralidad y Erradicar la Corrupción)</li> <li>Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario</li> <li>Ley 909 de 2004 (Empleo Público. Carrera Administrativa y gerencia pública)</li> <li>Ley 1164 de 2007 (Ley de Talento Humano Minprotección)</li> <li>Decreto 1567 1996 (Capacitación, Estímulos e Incentivos)</li> <li>Decreto 2539 de 2005 (Competencias Laborales Generales)</li> <li>Decreto 1227 de 2005 (Parcialmente la Ley 909)</li> <li>Decreto 776 2005 (Funciones y Requisitos Generales)</li> <li>Decreto 785 de 2005 (nomenclatura, clasificación de cargos)</li> <li>Decreto 1374 de 2010 (salario)</li> <li>Resolución 1043 de 2006 (Sistema Único de Habilitación: estándar N° 1)</li> <li>Acuerdo 137 de 2010 (CNSC) se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Servidores de Carrera Administrativa y en Período de Prueba.</li> <li>MECI</li> <li>MIFG</li> <li>Guía metodológica para la identificación y estandarización de competencias laborales para los empleos públicos colombianos. (DAFP y ESAP)</li> <li>Instructivo para establecer o ajustar el manual específico de funciones y competencias laborales. (DAFP y ESAP)</li> <li>Manual de modelos y minutos de la administración pública del DAFP</li> <li>Guía para la formulación del plan institucional de capacitación - PIC - (DAFP y ESAP)</li> <li>Contratos de cooperativa</li> <li>Manual de Supervisión de Personal en Entrenamiento</li> <li>Planta de cargos aprobada por Junta</li> <li>Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)</li> </ul>

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Cumplimiento al plan de capacitación
- Cumplimiento al plan de bienestar social e incentivos
- Cumplimiento del plan de salud ocupacional
- Ausentismo laboral
- Gestión de accidentes laborales

**Riesgos (Ver Ficha Técnica)**

MEDICIÓN DEL RIESGO	DEFINICIÓN DEL RIESGO					ANÁLISIS DEL RIESGO INICIAL				EVALUACIÓN DEL RIESGO AL IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE CONTROL									
	IDENTIFICACIÓN	ANÁLISIS	CAUSAS POTENCIALES	EFECTOS	CONSECUENCIAS DEL RIESGO	CONSECUENCIAS POTENCIALES	SEVERIDAD	OCURRENCIA	EXPOSICIÓN	IMPACTO	SEVERIDAD	OCURRENCIA	EXPOSICIÓN	IMPACTO	SEVERIDAD	OCURRENCIA	EXPOSICIÓN	IMPACTO	
01	Presencia de virus	Exposición prolongada	Falta de protocolos de bioseguridad y uso de EPP	Resaca y Malestar	Exposición prolongada a virus	Exposición prolongada a virus	3	Alto	20%	Exposición prolongada a virus	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
02	Presencia de virus	Exposición prolongada	Falta de protocolos de bioseguridad y uso de EPP	Resaca y Malestar	Exposición prolongada a virus	Exposición prolongada a virus	2	Medio	20%	Exposición prolongada a virus	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
03	Presencia de virus	Exposición prolongada	Falta de protocolos de bioseguridad y uso de EPP	Resaca y Malestar	Exposición prolongada a virus	Exposición prolongada a virus	3	Alto	20%	Exposición prolongada a virus	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio

## GESTIÓN DEL AMBIENTE Y LA INFRAESTRUCTURA

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GAI-001
			<b>Versión:</b> 002
	<b>Proceso:</b> Gestión del Ambiente y la Infraestructura	<b>Responsable:</b> Subgerente Administrativo y Subgerente Científico	<b>Fecha:</b> Noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Implementar medidas para minimizar los impactos ambientales negativos de las actividades desarrolladas en la institución y proporcionarles a los colaboradores, los pacientes y sus familias una Infraestructura Hospitalaria cómoda y segura para una atención humanizada

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de requisitos legales y reglamentarios y la asignación de responsabilidades para la gestión hasta el seguimiento y evaluación del impacto de los planes de gestión.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, regulación y control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Recurso humano calificado</li> <li>Planes y programas de vigencias anteriores</li> <li>Diagnóstico sanitario y ambiental</li> <li>Solicitudes de ambiente físico</li> <li>Directrices del Plan de Compras</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar requisito legales y reglamentarios aplicables</li> <li>Asignar responsabilidades para la gestión</li> <li>Planear o programar la gestión ambiental (Programa de Gestión ambiental, Programa uso racional del agua y la energía, Programa gestión integral de residuos, Plan empresarial de movilidad sostenible)</li> <li>Vigilancia, Mantenimiento, Lavandería y Aseo.</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nomograma</li> <li>Actos administrativos</li> <li>Planes y programas</li> <li>Contratos</li> <li>Cronogramas</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Documental</li> <li>Entes de control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Gestión de Bienes y Servicios</li> <li>Gestión Financiera</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Gestión de Bienes y Servicios</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Entes de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PGIRASA actualizado y aprobado</li> <li>Derechos de talento humano</li> <li>Calendario de fechas ambientales</li> <li>Plan de trabajo de Gestión Ambiental</li> <li>Cronograma de Comité GAGAS</li> <li>Contrato de Fumigación</li> <li>Contrato con Laboratorio de aguas Certificado</li> <li>Recursos disponibles</li> <li>Históricos de consumo</li> <li>Material educativo y de sensibilización</li> <li>PGIRASA</li> <li>Listas de chequeo</li> <li>Contrate con Gestor externo</li> <li>Planilla de pesajes de residuos diarios</li> <li>Matriz de indicadores</li> <li>Contrate con Gestor externo de residuos aprovechables</li> <li>Herramienta de diagnóstico</li> <li>Resultados de la encuesta</li> <li>Implementación de estrategias</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar el Plan de trabajo de Gestión Ambiental             <ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Programa de Gestión ambiental                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar y capacitar en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios asociados a la atención en salud y realizar educación ambiental</li> <li>Ejecutar el comité Grupo de Gestión Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria GAGAS</li> <li>Organizar el control y manejo de plagas y vectores</li> <li>Realizar la caracterización anual de vertimientos</li> <li>Asegurar el mantenimiento de zonas verdes</li> </ul> </li> <li>6.2 Programa uso racional del agua y la energía                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar medidas que propendan por el ahorro y uso racional del recurso de agua y la energía</li> </ul> </li> <li>6.3 Programa Gestión integral de residuos                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar el Plan de gestión integral de residuos</li> <li>Realizar control, educación y seguimiento interno a la adecuada disposición, por medio de rondas y auditorías</li> <li>Velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales del Gestor externo</li> <li>Realizar la cuantificación, el cálculo y el análisis de los indicadores de destinaación y reportar los indicadores a la secretaría de Salud</li> <li>Gestionar el adecuado aprovechamiento de los residuos reciclables</li> </ul> </li> <li>6.4 Plan empresarial de movilidad sostenible                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar encuesta diagnóstica: origen-destino a colaboradores.</li> <li>Plantear estrategias para promover la movilidad sostenible, de acuerdo a los hallazgos</li> <li>Realizar seguimiento y evaluación de la implementación</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>Realizar seguimiento y evaluación al Plan de trabajo de la Gestión ambiental</li> <li>Generar informes de gestión</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de asistencia</li> <li>Registros de Inducción y la Reinducción</li> <li>Comemoración de fechas ambientales</li> <li>Registros de ejecución del Plan de Trabajo</li> <li>Informes de avances y ajustes a los programas</li> <li>Informes de gestión</li> <li>Campañas educativas</li> <li>Registros de sensibilización</li> <li>Indicadores de cumplimiento</li> <li>PGIRASA implementado</li> <li>Informes de Auditorías y rondas</li> <li>Listas de chequeo</li> <li>Auditorías externas</li> <li>Reporte RH1</li> <li>Reporte <b>Bascel</b></li> <li>Beneficios ambientales</li> <li>Indicadores de cumplimiento</li> <li>Encuesta aplicada</li> <li>Estrategias planteadas</li> <li>Informes de seguimiento y evaluación</li> <li>Informes de seguimiento</li> <li>Indicadores de cumplimiento</li> <li>Informes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Entes de control y partes interesadas</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorias</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analizar las estadísticas e indicadores de gestión</li> <li>Analizar los informes de auditorías</li> <li>Analizar los informes de comités institucionales</li> <li>Seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorear los riesgos del proceso</li> <li>Seguimiento al cumplimiento de los controles y correctivos y puntos de control</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Actas de Comités</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tomar acciones de mejoramiento</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno</li> <li>Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Socialización y comunicación oportuna de los planes y</li> <li>Actualización o ajuste necesario de los planes</li> <li>Actualización de las hojas de vida de los equipos y fichas técnicas de los insumos químicos y radiológicos</li> <li>Seguimiento a las áreas para verificar la aplicación de los planes y políticas establecidas.</li> <li>Identificación y separación adecuada de la ropería.</li> <li>Seguimiento y control a la dosificación y medición de los productos de aseo, desinfección, esterilización y lavandería.</li> <li>Advertencia oportuna y adecuada para la limpieza y aseo de áreas potenciales de contaminación</li> <li>Mantenimiento de equipos bajo condiciones de seguridad.</li> <li>Verificación de la desactivación de los desechos patológicos antes de la entrega para la disposición final.</li> <li>Definición y aplicación de frecuencias estrictas para la verificación de equipos biomédicos y críticos para la prestación del servicio.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reprogramar los planes.</li> <li>Identificación y retiro oportuno de los equipos y dispositivos no adecuados para el uso.</li> <li>Corrección oportuna de anomalías detectadas durante el mantenimiento predictivo</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Área de Esterilización y su dotación, Taller dotado de Herramientas y Equipos de Trabajo, Área de Lavandería y su dotación, Elementos de Aseo, Canecas, Depósito de Residuos dotado, Dotación para la Brigada de Emergencias, Elemento de Protección y Seguridad Industrial, Papelería Prestablecida. (Ver Resolución 2003 de 2014)</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Administrativo, Subgerente Científico, Vigilantes, Personal de mantenimiento, Operarios y Auxiliares de Servicios Generales, responsables Asignados.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014)</p>	<p>INS-GAI-001 Instructivo para el registro de información de niveles de referencia.</p> <p>PO-GAI-001 Protocolo para el mito preventivo de RX Convencional.</p> <p>PO-GAI-002 Protocolo para el mito preventivo de RX Portatil.</p> <p>PO-GAI-003 Protocolo para el mito preventivo del Tomógrafo.</p> <p>PO-GAI-004 Protocolo para el mito preventivo del Arco en C.</p> <p>PO-GAI-005 Protocolo mantenimiento bascula mecánica.</p> <p>PO-GAI-006 Protocolo mantenimiento cama.</p> <p>PO-GAI-007 Protocolo mantenimiento camilla.</p> <p>PO-GAI-008 Protocolo mantenimiento desfilizador.</p> <p>PO-GAI-009 Protocolo mantenimiento electrobisturí.</p> <p>PO-GAI-010 Protocolo mantenimiento equipo de órganos.</p> <p>PO-GAI-011 Protocolo mantenimiento fluorómetro.</p> <p>PO-GAI-012 Protocolo mantenimiento fonendoscopio</p> <p>PO-GAI-013 Protocolo mantenimiento laringoscopio</p> <p>PO-GAI-014 Protocolo mantenimiento mesa de cirugía</p> <p>PO-GAI-015 Protocolo mantenimiento monitor de signos vitales</p> <p>PO-GAI-016 Protocolo mantenimiento nevera.</p> <p>PO-GAI-017 Protocolo mantenimiento regulador de oxígeno.</p> <p>PO-GAI-018 Protocolo mantenimiento regulador de vacío.</p> <p>PO-GAI-019 Protocolo mantenimiento silla de ruedas</p> <p>PO-GAI-020 Protocolo mantenimiento termohigrómetro.</p> <p>PO-GAI-021 Protocolo mantenimiento tensiómetro manual.</p> <p>PO-GAI-022 Protocolo mantenimiento <b>tesis</b>.</p> <p>PO-GAI-023 Protocolo mantenimiento bicicleta estática</p> <p>PO-GAI-024 Protocolo mantenimiento electrocardiógrafo</p> <p>PO-GAI-025 Protocolo mantenimiento lampara cieflíca</p> <p>PO-GAI-026 Protocolo mantenimiento tanque hidrocolector.</p> <p>PO-GAI-027 Protocolo mantenimiento pipeta.</p> <p>PO-GAI-028 Protocolo mantenimiento <b>timer</b>.</p> <p>PO-GAI-029 Protocolo mantenimiento centrifuga.</p> <p>PO-GAI-030 Protocolo mantenimiento agitador.</p> <p>PO-GAI-031 Protocolo mantenimiento electroestimulador.</p> <p>PO-GAI-032 Protocolo mantenimiento lampara de examen.</p> <p>PO-GAI-033 Protocolo mantenimiento nebulizador.</p> <p>PO-GAI-034 Protocolo mantenimiento aspirador.</p> <p>PO-GAI-035 Protocolo mantenimiento balanza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución 4445 de 1996</li> <li>Decreto 351 de 2014</li> <li>Decreto número 2676 de 2000</li> <li>Decreto 1769 de 1994</li> <li>Decreto 1617 de 1995, reglamentado en sus Artículo 189 de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario, Circular 029 de 1997</li> <li>Decreto 1011 de 2006 (SOCC)</li> <li>Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud</li> <li>Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente</li> <li>Protocolo de Londres</li> <li>Decreto 2676 de 2000 (PGIRHS)</li> <li>Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)</li> <li>Manual de Bioseguridad y Esterilización</li> <li>Manual de Seguridad del Paciente</li> <li>Manual de Gestión Ambiental</li> <li>Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y similares</li> <li>Plan de Emergencias</li> <li>Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo</li> <li>Plan Anual de Mantenimiento</li> </ul>

	<p>PH-GAI-008 Plan de mantenimiento de equipos biomédicos del Hospital La María 2022.          PH-GAI-004 Plan de trabajo ambiental          PG-GAI-001 Formación y Educación PGIRASA.          PG-GAI-001 Programa de mantenimiento de zonas verdes.          PL-GIN-001 PGIRASA.          PR-GAI-001 Procedimiento para el manejo de residuos reciclables.          PR-GAI-002 Procedimiento para el control de plagas.          PR-GAI-003 Procedimiento para el lavado del Tanque de agua.          PR-GAI-004 Procedimiento Compendio Ambiental.          PR-GAI-005 Procedimiento para la descripción de Barreras de Seguridad ProRad.          PR-GAI-005 Procedimiento Fugas y Derrames.          PR-GIN-006 Manejo de Residuos Anatómopatológicos.          PR-GIN-007 Limpieza y desinfección de recipientes y Cuartos de almacenamiento y ascensores.          PR-GAI-008 Inundación.          PR-GAI-009 Incendio.          PR-GAI-010 Sismo.          PR-GAI-011 Alertado Terrorista.          PR-PPA-017 Procedimiento para el Manejo de Residuos - COVID 19.          PR-GAI-018 Uso seguro de tecnologías.          MA-PPA-005 Manual limpieza y desinfección.          MA-GAI-001 Manual para la custodia, la vigilancia y la seguridad.</p>	
--	---	--

**Indicadores**

**Indicadores (Ver Ficha Técnica)**

- Cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo
- Oportunidad en el mantenimiento correctivo
- Porcentaje de reproceso en el mantenimiento correctivo
- Porcentaje de mantenimiento correctivo por procesos

**Riesgos**

Factor	Riesgo	Exib.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<p><b>Interno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura</li> <li>• Procesos</li> <li>• Personal</li> </ul> <p><b>Externo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio ambiente</li> </ul>	<p><b>Desastres naturales:</b> Por inundación, incendios, terremoto y tormentas eléctricas</p>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del caudal de la quebrada aledaña</li> <li>• Falta de mantenimiento del cauce</li> <li>• Cortos en la red eléctrica</li> <li>• Mala manipulación de material inflamable</li> <li>• Desastres de la naturaleza</li> <li>• Ubicación geográfica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdidas económicas</li> <li>• Pérdida de vidas</li> <li>• Suspensión de servicios</li> <li>• Pérdida de la información</li> </ul>	20	20	Alto/Red	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de mantenimiento de las áreas adyacentes</li> <li>• Comité de Emergencias activo con su respectiva dotación</li> <li>• Plan de Emergencias</li> <li>• Póliza de seguros vigentes con cobertura de inventarios actualizados</li> <li>• Simulacros</li> </ul>	20	Alto/Red	<p><b>Reducir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar estricto cumplimiento a los planes de mantenimiento y de emergencias.</li> <li>• Articulación del comité de emergencias con entidades e Instituciones para la atención de desastres.</li> <li>• Capacitación al personal responsable.</li> </ul> <p><b>Mitigar:</b> Activar los planes de contingencia.</p> <p><b>Transferir:</b> Hacer efectivas las pólizas de seguros.</p>
<p><b>Interno:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura</li> <li>• Personal</li> </ul> <p><b>Externo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociales</li> </ul>	<p><b>Hurtos o robos al interior de la institución</b></p>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos</li> <li>• Ausencia del vigilante del puesto de trabajo</li> <li>• Descuidos por parte de los funcionarios en cada puesto de trabajo</li> <li>• Muchas puertas de entrada y salida sin control</li> <li>• Falta de cerramiento en toda la parte posterior de la institución</li> <li>• Hurtos o robos por parte de los funcionarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la información</li> <li>• Pérdida económica</li> <li>• Retrasos en la prestación de los servicios</li> <li>• Procesos legales y disciplinarios</li> </ul>	20	60	Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámaras de seguridad</li> <li>• Cuadros de turnos de los vigilantes</li> </ul>	40	Alto/Red	<p><b>Reducir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer el recurso humano necesario</li> <li>• Hacer controles en las porterías</li> <li>• Cercar debidamente los linderos</li> </ul> <p><b>Transferir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer efectivas las pólizas de seguros</li> <li>• Establecer procesos disciplinarios y legales</li> </ul>

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<b>Interno:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura</li> <li>Personal</li> <li>Tecnológicos</li> </ul> <b>Externo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Económicos</li> <li>Tecnología</li> </ul>	<b>No cumplimiento de los planes de mantenimiento:</b> Daño de equipo Daño en las instalaciones de acueducto Daño en las instalaciones eléctricas Daños a la infraestructura (techos, paredes)	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos</li> <li>Falta de disponibilidad de la infraestructura a intervenir</li> <li>Personal no competente</li> <li>Negligencia</li> <li>Inadecuada formulación del Plan de Mantenimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de recursos</li> <li>Suspensión de servicios</li> <li>Fértidos de imagen Institucional</li> <li>Daños a terceros</li> <li>Enfermedades profesionales</li> <li>Accidentes laborales</li> <li>Procesos legales</li> <li>Requerimientos de entes de control</li> </ul>	20	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de mantenimiento actualizado</li> <li>Pólizas de cobertura Institucional</li> </ul>	20	Moderada	<b>Reducir:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento al plan de mantenimiento</li> <li>Disponibilidad de recursos para mantenimiento.</li> </ul> <b>Mejorar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afiliación del personal a la AFP</li> <li>Reformular el Plan de Mantenimiento</li> </ul> <b>Transferir:</b> Establecer procesos disciplinarios al personal responsable.
<b>Interno:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura</li> <li>Personal</li> <li>Tecnológicos</li> </ul> <b>Externo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Económicos</li> </ul>	<b>Inadecuada limpieza y asepsia</b> Desinfección Esterilización Inactivación	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos</li> <li>Personal no capacitado</li> <li>productos de mala calidad</li> <li>Dosificaciones mal utilizadas</li> <li>Esterilizador mal calibrado</li> <li>No disponibilidad de los espacios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones intra-hospitalarias</li> <li>Contaminación</li> <li>Pérdida de Imagen Institucional</li> <li>Proceso de responsabilidad civil</li> </ul>	10	10	Leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares</li> <li>Manual de bioseguridad</li> <li>Plan de mantenimiento y metrología</li> </ul>	10	Leve	<b>Evitar:</b> Aplicar el Manual de Bioseguridad y el PGRHS.  <b>Reducir:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rondas del comité de Gestión Ambiental y al COPASO.</li> <li>Realizar rondas de verificación en productos y materiales.</li> <li>Capacitar al personal responsable.</li> </ul> <b>Mejorar:</b> Reprogramar la limpieza en las áreas afectadas.
<b>Interno:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura</li> <li>Personal</li> </ul> <b>Externo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Económicos</li> </ul>	<b>Contaminación o contagio con residuos hospitalarios</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mal almacenamiento o disposición final de los residuos</li> <li>No utilización de elementos de protección</li> <li>Mala inactivación</li> <li>Ausencia o inadecuada señalización de las rutas de evacuación para los residuos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afectación de la salud</li> <li>Epidemias</li> <li>Deterioro ambiental</li> <li>Procesos de responsabilidad civil</li> <li>Requerimiento de entes de control</li> </ul>	20	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rondas del comité de Gestión Ambiental</li> <li>Contratación con empresa especializada en el manejo de Residuos sólidos</li> <li>Pólizas</li> </ul>	20	Moderada	<b>Evitar:</b> seguimiento y auditoría a la disposición final.  <b>Mejorar:</b> Efectuar inactivación de residuos.  <b>Transferir:</b> Hacer cumplir las pólizas.
Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<b>Interno:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Infraestructura</li> <li>Personal</li> </ul> <b>Externo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Económicos</li> </ul>	<b>No aseguramiento de los bienes hospitalarios</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos</li> <li>Mala identificación del inventario</li> <li>Personal no competente</li> <li>Negligencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detrimiento patrimonial</li> <li>Requerimiento por entes de control</li> </ul>	20	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventarios actualizados</li> <li>Pólizas Vigentes</li> </ul>	20	Moderada	<b>Reducir:</b> Capacitar al personal responsable.  <b>Mejorar:</b> Asegurar los bienes  <b>Transferir:</b> Establecer los procesos disciplinarios

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS</b> <b>E.S.E HOSPITAL LA MARÍA</b>	<b>Código:</b> MA-MCO-004
		<b>Versión:</b> 004
		<b>Fecha:</b> mayo de 2023

#### 4. GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <b>HOSPITAL LA MARÍA</b> MEDELLÍN - COLOMBIA</p> <p>Trabajamos con amor por la vida</p>	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>Código:</b> CP-GBS-001
	<b>Proceso:</b> Gestión de Bienes y Servicios	<b>Responsable:</b> Subgerente Administrativo	<b>Versión:</b> 01
			<b>Fecha:</b> Marzo de 2021

COPIA CONTROLADA

**Objetivo:** Garantizar la correcta gestión de la compra e ingreso de bienes, servicios y suministros para la institución y asegurar el adecuado manejo desde el ingreso hasta la entrega final o consumo, realizando un control efectivo sobre los proveedores y activos fijos.

**Alcance:** Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios y el reconocimiento de las necesidades de recursos hasta la adquisición y entrega de los bienes e insumos a los diferentes procesos para la oportuna prestación del servicio.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entes de legislación, regulación y control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Gestión del talento Humano</li> <li>Software Dinámica y Plataforma de compras Oka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatividad</li> <li>Directrices administrativas</li> <li>Talento humano</li> <li>Listados de productos</li> <li>Plan de compras anterior</li> <li>Histórico de compras</li> <li>Inventario Actualizado</li> <li>Necesidades de recursos</li> </ul>	<b>P</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables.</li> <li>Definir las políticas de compras según lo establecido en el Manual de Contratación.</li> <li>Programar la realización de la actualización de los inventarios de bienes y suministros.</li> <li>Elaborar el plan anual de compras de insumos y suministros.</li> <li>Asegurar la disponibilidad de recursos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normograma</li> <li>Políticas de compras (Manual de Contratación)</li> <li>Inventario Actualizado</li> <li>Plan de compras</li> <li>Disponibilidad presupuestal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proceso de planeación y jurídica</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión del Ambiente y la Infraestructura</li> <li>Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno</li> <li>Revisor Fiscal</li> <li>Gestión Financiera</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Proveedores</li> <li>Gestión Financiera</li> <li>Todos los procesos</li> <li>Gestión Documental</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Aseguradoras de bienes</li> <li>Gestión Financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventarios aleatorios</li> <li>Revisión de stock</li> <li>Plataforma OKA</li> <li>Plan de compras aprobado</li> <li>Solicitudes de despacho</li> <li>Solicitudes de Producto FT-GBS-006</li> <li>Cotizaciones o Propuestas</li> <li>Directrices presupuestales</li> <li>Manual de Contratación</li> <li>Información del Proveedor</li> <li>Directrices presupuestales</li> <li>Directrices administrativas</li> <li>Cotización</li> <li>Normatividad</li> <li>Información del proveedor</li> <li>Solicitudes de bienes y suministros</li> <li>Información de aseguradoras</li> <li>Seguimiento a proveedores</li> <li>Información de pagos</li> </ul>	<b>H</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stock abastecido</li> <li>Facturas</li> <li>Orden de compra</li> <li>Comprobante de entrada</li> <li>Ordenes de despacho</li> <li>Consolidado de compras - Plataforma OKA</li> <li>Actas del Comité de compras con soportes</li> <li>Cotizaciones</li> <li>Pólizas y registros de novedades</li> <li>Registros de la reevaluación del proveedor</li> <li>Contratos liquidados y sus soportes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión Financiera</li> <li>Entes de control</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Proveedores</li> <li>Gestión Financiera</li> <li>Procesos Institucionales</li> <li>Aseguradoras de bienes</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> </ul>

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Entes de Control</li> <li>Proceso Institucionales</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Gestión Documental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estadísticas e indicadores</li> <li>Informes de auditorias</li> <li>Actas de reuniones</li> <li>Planes de Mejoramiento</li> <li>Mapa de riesgos</li> <li>Proceso y procedimientos</li> </ul>	<p><b>V</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Analizar los informes de inventarios</li> <li>Analizar los informes de auditorias</li> <li>Realizar seguimiento a planes de mejoramiento</li> <li>Monitorar los riesgos del proceso</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento Estratégico</li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Gestión de la información y las Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Proveedores y partes interesadas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de gestión del proceso</li> <li>Propuestas de acciones de mejoramiento</li> <li>Autoevaluación del control</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tomar acciones de mejoramiento</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Correcciones</li> <li>Acciones Correctivas</li> <li>Acciones Preventivas</li> <li>Acciones de Mejora</li> <li>Plan de Mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direccionamiento <b>Estratégico</b></li> <li>Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno</li> <li>Gestión de la Información y las Comunicaciones</li> <li>Entes de control y de certificación</li> <li>Mejoramiento Continuo</li> <li>Proveedores y partes interesadas</li> </ul>

Controles Preventivos	Controles Correctivos
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar modificaciones al Plan Anual de Compras según necesidad.</li> <li>Solicitar por lo menos tres cotizaciones antes de realizar la compra.</li> <li>Verificar que las compras a realizar estén autorizadas por el comité de compras.</li> <li>Verificar la expedición del CDP antes de realizar cualquier compra.</li> <li>Siempre se debe realizar la orden de compra o de prestación de servicio.</li> <li>Verificar que todas las compras deben de tener el recibido a satisfacción o acta de recepción</li> <li>Todo producto adquirido debe cumplir con los requisitos de compra especificados</li> <li>Todo los bienes son objeto de amparo con pólizas de seguros</li> <li>Las compras solo deben efectuarse a los proveedores incluidos en el listado de proveedores, evaluados y seleccionados previamente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar ajustes o modificaciones al Plan Anual de Compras</li> <li>Realizar ajustes resultantes de las tomas físicas de inventarios</li> <li>Actualizar el inventario de bienes que se envía a la aseguradora para los respectivos amparos</li> <li>Realizar plan de mejoramiento a proveedores con evaluaciones regulares.</li> </ol>

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
<p><b>Físicos:</b> Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Internet, Software Institucional, Termógrafos, Calentadores, Ventiladores, Nevera.</p> <p><b>Humanos:</b> Subgerente Administrativo Coordinadora de Almacén, Auxiliar de Almacén, Líder de Activos Fijos.</p> <p><b>Ambiente de Trabajo:</b> Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)</p>	<p>Manual de Administración de Activos Fijos</p> <p>Procedimiento para la adquisición de insumos, bienes y servicios</p> <p>Procedimiento para la recepción y el almacenamiento de insumos</p> <p>Procedimiento para la distribución interna de insumos</p> <p>Procedimiento para la Evaluación de Proveedores</p> <p>Procedimiento para la realización del inventario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley 80 de 1993</li> <li>Decreto 677 de 1995 (registro INVIMA)</li> <li>Decreto 2200 de 2005 (Servicio Farmacéutico)</li> <li>Decreto 1011 de 2006 (SOGC)</li> <li>Resolución 3183 de 1995 (BPM)</li> <li>Resolución 5185 de 2013</li> <li>Manual de Contratación Institucional</li> </ul>

Indicadores (Ver Ficha Técnica)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Compras</li> <li>Porcentaje de Cumplimiento en despachos</li> <li>Proveedores que no cumplen con requisitos y expectativas</li> <li>Porcentaje de insumos agotados</li> <li>Porcentaje de insumos vencidos</li> <li>Porcentaje de insumos averiados</li> <li>Días de Rotación de Inventarios</li> </ul>

Riesgos (Ver Ficha Técnica)																					
CATEGORÍA DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO					CAUSAS DEL RIESGO IDENTIFICADAS					EVALUACIÓN DEL RIESGO (SEVERIDAD DEL RIESGO)					PLAN DE ACCIÓN DEL RIESGO (CONTRASEGURACIÓN)					
	OPORTUNIDAD	IMPACTO	EFECTOS NEGATIVOS	EFECTOS POSITIVOS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS IDENTIFICADAS	SEVERIDAD DEL RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO DEL RIESGO	EFECTOS POSITIVOS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS IDENTIFICADAS	SEVERIDAD DEL RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO DEL RIESGO	EFECTOS POSITIVOS	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS IDENTIFICADAS	SEVERIDAD DEL RIESGO	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO DEL RIESGO
R-01	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
R-02	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta