

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

1. INTRODUCCIÓN.

El Manual de Procesos y Procedimientos de la E.S.E. Hospital La María es el documento fundamental que describe de manera detallada, clara y completa el cómo se ejecutan las actividades y servicios en la institución. Su propósito principal es materializar el quehacer misional, proporcionando una guía práctica para el personal, garantizando la homogeneidad y la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Este instrumento estratégico está diseñado para mejorar la eficiencia y la eficacia operacional. Al especificar los procesos clave, los procedimientos, las actividades, sus responsables (Líderes de Proceso) y las interrelaciones entre áreas, el manual asegura que todo el personal comprenda sus roles y responsabilidades. Además, funge como un elemento crucial para mitigar riesgos operativos, evitar la desarticulación o alteración del funcionamiento ante la rotación de personal, y asegurar la trazabilidad mediante la documentación de las evidencias generadas en la ejecución.

En esencia, la documentación y adopción rigurosa de estos procesos contribuyen directamente al logro de la misión, visión y objetivos estratégicos de la E.S.E. Hospital La María, manteniendo un enfoque permanente en el cumplimiento normativo y el mejoramiento continuo de la atención que se ofrece a nuestros usuarios.

2. JUSTIFICACIÓN.

La E.S.E. Hospital La María, como entidad prestadora de servicios de salud (IPS) de carácter público, está obligada a documentar su quehacer en cumplimiento de la normativa colombiana vigente.

Este manual se justifica como una herramienta indispensable para:

- ✓ **Cumplir la Función Pública:** Atender los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que exige la gestión por procesos para la eficacia institucional.
- ✓ **Garantizar la Calidad en Salud:** Responder a los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), incluyendo el Sistema Único de Habilitación (SUH) y los estándares de Acreditación, que requieren la estandarización y control de los procedimientos asistenciales y administrativos.
- ✓ **Fortalecer el Control Interno:** Servir como base para el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), al formalizar las actividades, los responsables y los puntos de control, facilitando la auditoría y el seguimiento del desempeño.

- Racionalización y Estandarización Operacional.

La complejidad inherente a la prestación de servicios de salud de la E.S.E. requiere un modelo de gestión que garantice la coherencia en la atención.

Por lo tanto, este manual se justifica al:

- ✓ **Estandarizar la Prestación de Servicios:** Definir un método único y validado para la ejecución de tareas críticas, minimizando la variabilidad, los errores y el riesgo en la atención al usuario.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- ✓ **Optimizar la Eficiencia:** Identificar y documentar el flujo óptimo de actividades, eliminando pasos innecesarios, reduciendo tiempos de respuesta y promoviendo el uso eficiente de los recursos financieros, tecnológicos y de talento humano.
- ✓ **Facilitar la Formación y la Continuidad:** Constituir el principal soporte para los procesos de inducción, reinducción y entrenamiento continuo del personal, asegurando que la rotación de funcionarios no afecte la calidad ni la continuidad de los procesos misionales.

- **Mejoramiento Continuo y Gestión Estratégica.**

Finalmente, el manual es la columna vertebral del Sistema de Gestión de Calidad, orientado a la satisfacción del usuario y al logro de los objetivos estratégicos:

- ✓ **Orientación Estratégica:** Alinear cada procedimiento operativo con la Misión, Visión y Políticas institucionales, enfocando el esfuerzo del personal hacia los resultados clave definidos por la Gerencia.
- ✓ **Soporte para la Medición:** Proporcionar la línea base documentada a partir de la cual se pueden establecer, medir y analizar indicadores de gestión, convirtiéndose en la herramienta clave para la identificación de oportunidades de mejora (ciclo PHVA).
- ✓ **Transparencia y Trazabilidad:** Proveer claridad sobre las responsabilidades (el Quién) y las evidencias generadas (los Registros), fomentando la transparencia en la gestión y permitiendo la trazabilidad completa de los servicios prestados.

3. OBJETIVO.

Establecer la metodología de trabajo estandarizada y documentada para los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la E.S.E. Hospital La María, con el fin de garantizar la calidad, la eficiencia y la coherencia en la prestación de los servicios de salud, asegurando el cumplimiento normativo y el mejoramiento continuo.

➤ **Objetivos específicos.**

- Estandarizar y formalizar la ejecución de los procedimientos operativos y administrativos para asegurar la calidad y la coherencia en la prestación de todos los servicios.
- Facilitar la comprensión integral del Mapa de Procesos de la E.S.E., articulando la Misión Institucional con el rol de cada funcionario.
- Fortalecer la cultura de gestión de la calidad y control interno, promoviendo el uso de la información documentada como herramienta de gestión esencial.
- Optimizar la eficiencia operativa al proporcionar una guía que racionalice la ejecución de las actividades y minimice la variabilidad y el riesgo.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- Garantizar la continuidad y el mejoramiento continuo (PHVA) de los procesos, asegurando el conocimiento institucional ante la rotación de personal y facilitando la revisión y el ajuste de la gestión.

4. ALCANCE.

El presente Manual de Procesos y Procedimientos establece la documentación y descripción detallada de la totalidad de los procesos de la E.S.E. Hospital La María, incluyendo los de carácter Estratégico, Misional, de Apoyo y de Evaluación. Su ámbito de aplicación es integral, abarcando todas las sedes y puntos de atención, y es de obligatorio cumplimiento para todo el personal de la institución (servidores públicos y contratistas) que participe en la ejecución de los procedimientos, con el fin de estandarizar las operaciones, asegurar la calidad en la prestación de servicios y facilitar la gestión institucional conforme a los requisitos legales y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

5. DEFINICIONES.

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos (adaptado de ISO 9000). En el contexto de salud, se refiere a la prestación de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión del usuario para alcanzar los mejores resultados.
- **E.S.E:** Empresa Social del Estado. Entidad pública descentralizada, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que tiene por objeto la prestación de servicios de salud.
- **Estándar:** Documento que establece requisitos, especificaciones, directrices o características que se utilizan de forma consistente para asegurar que los materiales, productos, procesos y servicios sean adecuados para su propósito.
- **MIPG:** Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Marco de referencia que busca dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades públicas, con el fin de generar resultados que satisfagan las necesidades de los ciudadanos.
- **Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Describe el cómo se realiza una tarea, quién es el responsable, cuándo y dónde se ejecuta, y qué registros se generan.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto (salidas). En el manual, se clasifican en Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación.
- **SOGCS:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos para la prestación de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia.
- **Sistema de Gestión:** Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograrlos.

- **Sostenimiento:** Capacidad de la E.S.E. para mantener la operación continua y estable de sus procesos en el tiempo, asegurando que los procedimientos y la documentación sean utilizados y actualizados, independientemente de los cambios de personal.
- **Usuario/Paciente:** La persona que utiliza o recibe los servicios de salud de la E.S.E. Hospital La María.
- **Mapa de procesos:** Representación gráfica de los Procesos de la Institución.
- **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.
- **Etapas 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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Protocolo:** 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.
- **Instructivo:** Documento que describe de manera detallada las actividades para realizar una función específica para el diligenciamiento de formatos.

6. REQUISITOS LEGALES.

- **Ley 87 de 1993 y normas complementarias del MECI:** Establecen la obligación de las entidades públicas de diseñar e implementar un sistema de control interno eficaz. Esta norma requiere que la E.S.E. establezca procedimientos claros y uniformes que incorporen puntos de control para proteger los recursos, asegurar la exactitud y fiabilidad de la información, promover la eficiencia operacional y garantizar el cumplimiento de las leyes. La aplicación de esta norma exige que las actividades institucionales sean previsibles y auditables mediante la documentación de los flujos de trabajo y la retención de evidencias
- **Decreto 1499 de 2017:** Exige que las entidades públicas adopten e implementen el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Este modelo establece la gestión por procesos como el esquema fundamental de operación institucional. La norma obliga a la entidad a identificar, describir, medir y controlar sus procesos

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

(estratégicos, misionales y de apoyo) para asegurar el cumplimiento de las metas y la generación de valor público. El MIPG, además, dicta pautas sobre políticas de gestión, como la gestión del conocimiento y la gestión documental, que deben estar reflejadas en la forma en que la E.S.E. desarrolla sus actividades.

- **Ley 2195 de 2022 y ley 2016 de 2020:** La Ley 2195 de 2022 adopta medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, reforzando la necesidad de que las entidades públicas fortalezcan sus programas de ética y transparencia. Esta norma obliga a la E.S.E. a identificar y mitigar los riesgos que afectan la integridad pública, integrando esta gestión con el sistema de administración de riesgos ya existente. Adicionalmente, la Ley 2016 de 2020 exige la adopción e implementación del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.
- **Decreto 780 de 2016:** Esta normativa obliga a la E.S.E. a organizar la prestación de sus servicios bajo estándares de calidad, seguridad y accesibilidad. El SOGC requiere la implementación de los componentes de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y Sistema de Información para la Calidad, demandando que la entidad tenga métodos operativos definidos y controlados para garantizar el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y el cumplimiento de los principios de la seguridad del paciente.
- **Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones:** Define los Estándares de Habilitación que deben cumplir obligatoriamente todos los Prestadores de Servicios de Salud. Esta norma exige, a nivel documental y operativo, que la E.S.E. demuestre el cumplimiento de las condiciones de Capacidad Técnico-Administrativa, Suficiencia Patrimonial y Financiera, y Capacidad Tecnológica y Científica. Su aplicación requiere que la entidad tenga procedimientos escritos para la gestión de Procesos Prioritarios Asistenciales, la adecuada gestión de la historia clínica, y el manejo de los recursos físicos y humanos, asegurando la calidad y minimizando el riesgo en la atención.

7. TALENTO HUMANO.

Es de obligatorio cumplimiento para todo el personal de la institución (servidores públicos y contratistas) que participe en la ejecución de los procedimientos.

8. MATERIALES, INSUMOS Y EQUIPOS.

EQUIPOS BIOMEDICOS	No aplica.
MEDICAMENTOS	No aplica.
DISPOSITIVOS MEDICOS	No aplica.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

INSUMOS REQUERIDOS	Para este procedimiento se requieren insumos relacionados con papelería en general y plataformas para la socialización del documento como tecnologías como: teams, Meet, correos electrónicos, computadores, pizarrón, marcadores de pizarra, proyectores (como el video beam), carteleros, software de aprendizaje, secuencias audiovisuales, documentos en línea, ejercicios de campo.
---------------------------	--

9. DESCRIPCIÓN.

I. Plataforma estratégica institucional.

- **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 E.S.E 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.
- **Código de integridad (Valores):**
 - **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
 - **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición
 - **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.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- **Diligencia:** Cumplir 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:** Actuar 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.

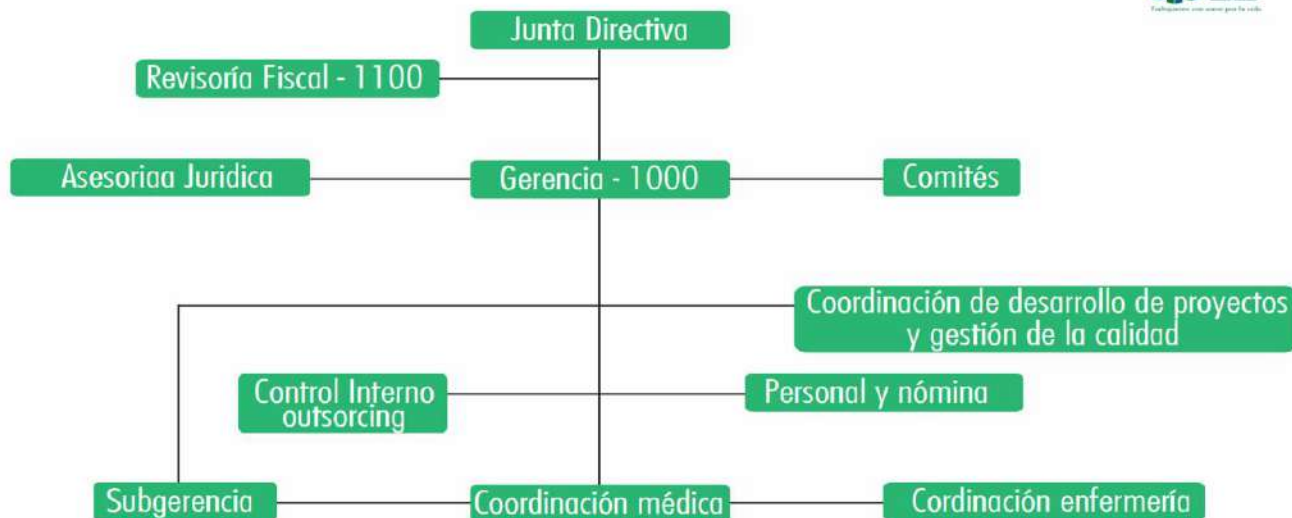
II. Principios de la gestión por procesos.

La implementación y el mantenimiento de este Manual se rigen bajo los principios de la Gestión por Procesos, un enfoque sistémico que trasciende la visión puramente funcional y jerárquica de la E.S.E. para asegurar una operación integrada y orientada al resultado:

- ✓ **Orientación al Usuario:** El foco primordial de la gestión por procesos es la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario/paciente. Cada proceso, desde el estratégico hasta el asistencial y de apoyo, se diseña y ejecuta para generar el mayor valor público posible, garantizando la calidad, seguridad y humanización en la prestación de los servicios de salud.
- ✓ **Ciclo de Mejora Continua (PHVA):** La documentación de los procesos establece una línea base indispensable para aplicar el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA). Este principio obliga a la E.S.E. a medir constantemente el desempeño de sus procesos, analizar sus resultados, y aplicar acciones correctivas y preventivas que impulsen el mejoramiento continuo de la eficacia y eficiencia operacional.
- ✓ **Enfoque Sistémico e Integral:** La gestión por procesos promueve una visión transversal e interconectada de la entidad. Los procesos son vistos como una cadena de valor donde la salida de un proceso es la entrada de otro. Esto facilita la colaboración entre áreas, evita la duplicidad de esfuerzos y asegura la alineación de todos los esfuerzos institucionales hacia el logro de la misión y visión de la E.S.E. Hospital La María.

- Estructura organizacional.

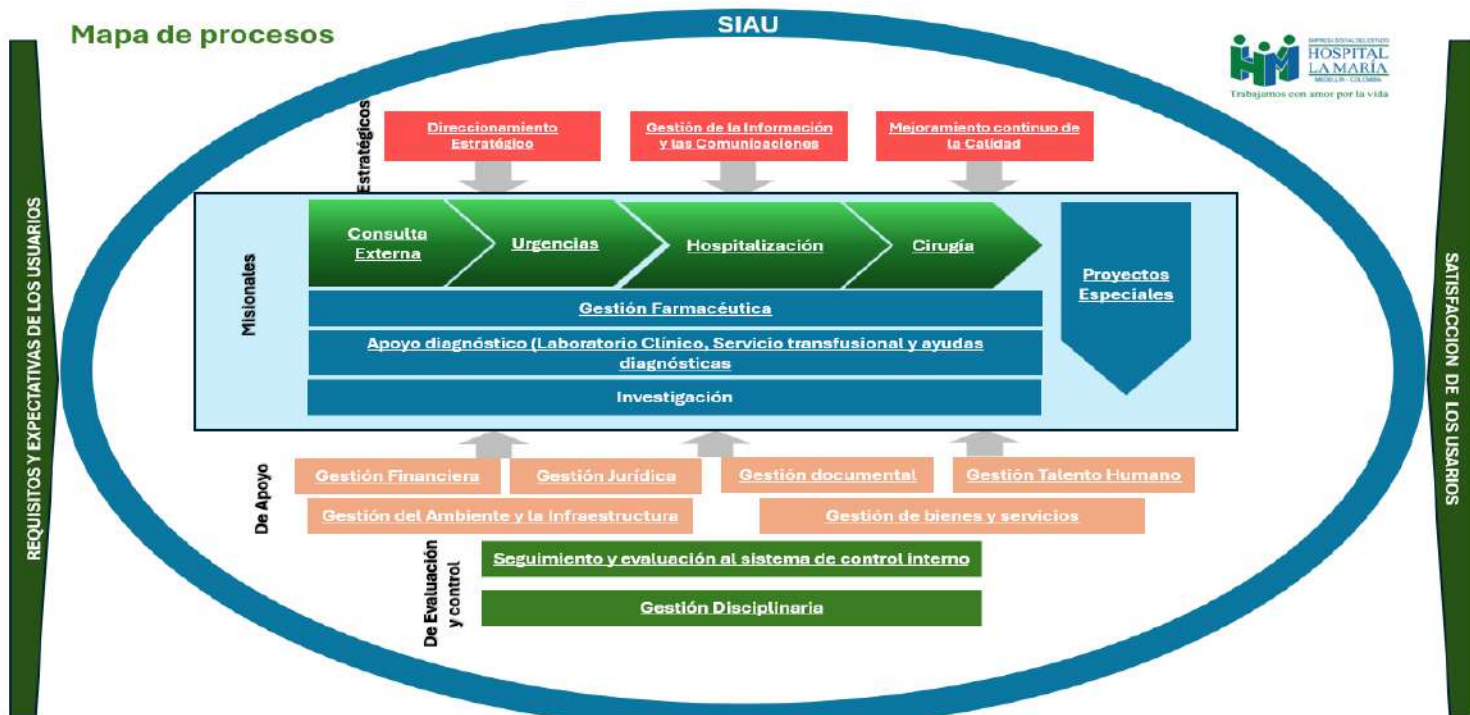
3.6.Estructura funcional



- Mapa de procesos.

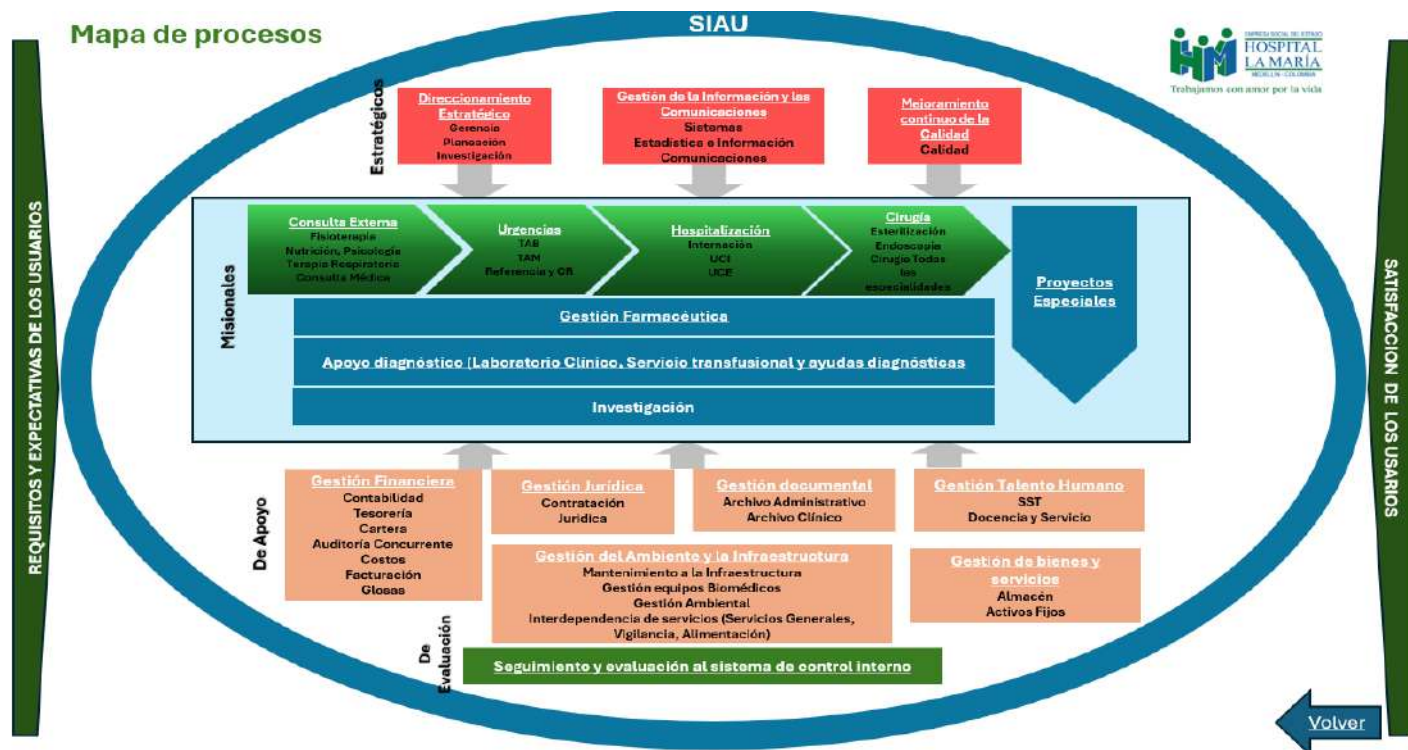
Mediante el diagrama del mapa, se hace visible el enfoque de la operación por procesos y mediante la caracterización de los procesos se describe el detalle que requieren los procesos mediante el ciclo PHVA “Planear – Hacer – Verificar – Actuar” que se materializa en la caracterización.

Mapa de procesos



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.

Mapa de procesos



- Detalle de la estructura de los procesos.

A. Primer grupo – Macroproceso estratégico.

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

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO
ESTRATÉGICOS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PLANEACIÓN
		GESTIÓN DE PROYECTOS
		GERENCIA
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	SISTEMAS DE INFORMACIÓN
		COMUNICACIONES
	MEJORAMIENTO CONTINUO	CALIDAD

B. Segundo grupo – Macroproceso misional.

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.

MACROPROCESO	PROCESO	GRUPO	SUBPROCESO
MISIONALES	GESTIÓN CLÍNICA	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL
			CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
			VACUNACIÓN
		INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
			UCI
			UCE
		CIRUGÍA	SERVICIO DE CIRUGÍA
			ESTERILIZACIÓN
			ENDOSCOPIA
		AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	AYUDAS DIAGNÓSTICAS (Ionizantes: Radiografía, Tomografía y Arco en C – no ionizantes: Ecografía).
			LABORATORIO
			FISIOTERAPIA
			TERAPIA RESPIRATORIA
			QUIMIOTERAPIA
			DIAGNOSTICO VASCULAR
			TOMA DE MUESTRAS
			GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL
			SERVICIO FARMACEÚTICO
			RADIOLOGÍA ODONTOLOGÍA
			TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO
		ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS
			REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
			TRANSPORTE ASISTENCIAL (TAB-TAM)
		OTROS	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE INFECCIONES
			SEGURIDAD DEL PACIENTE
			PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
			AUDITORÍA CONCURRENTE
			ENFERMERÍA

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

C. Tercer grupo – Macroproceso 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.

MACROPROCESO	PROCESO	SUBPROCESO
APOYO	GESTIÓN FINANCIERA	TESORERIA
		CONTABILIDAD
		GLOSAS
		CARTERA
		FACTURACIÓN
		ADMISIONES
		COSTOS
		AUDITORÍA DE CUENTAS
	GESTIÓN JURIDICA	JURÍDICA
	GESTIÓN DOCUMENTAL	ARCHIVO CLÍNICO
		ARCHIVO ADMINISTRATIVO
	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO
		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
		DOCENCIA Y SERVICIO
		CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
	GESTIÓN DEL AMBIENTE Y LA INFRAESTRUCTURA	GESTIÓN AMBIENTAL
		GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
	GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS	INGENIERÍA BIOMÉDICA
		SISTEMAS
	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	ALMACEN Y ACTIVOS FIJOS
		SERVICIO DE ASEO Y SOSTENIMIENTO
		SERVICIO DE VIGILANCIA
		SERVICIO DE ALIMENTACIÓN
		SERVICIO DE LAVANDERIA

D. Cuarto grupo – Macroproceso de seguimiento y 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.

MACROPROCESO	PROCESO
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	CONTROL INTERNO

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

E. 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.

EJE TRANSVERSAL	PROCESO
SIAU	SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO

III. Responsabilidad y liderazgo de los procesos.

La implementación, mantenimiento y mejora del Manual de Procesos y Procedimientos es una responsabilidad compartida, liderada por la Alta Dirección y ejecutada por el equipo operativo:

- Alta Dirección (Gerencia).

La Gerencia ejerce el Liderazgo estratégico sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y los procesos, y tiene la responsabilidad de:

- ✓ Aprobar y socializar el Manual de Procesos y Procedimientos, asignándole la vigencia y el carácter de obligatorio cumplimiento.
- ✓ Asignar los recursos necesarios (financieros, tecnológicos y humanos) para la documentación, implementación y mejora de los procesos.
- ✓ Designar a los Líderes de Proceso, otorgándoles la autoridad necesaria para la gestión y control de su respectivo proceso.
- ✓ Revisar y evaluar periódicamente el desempeño global del Mapa de Procesos en el contexto de la Revisión por la Dirección.

- Líderes de Proceso.

Son los funcionarios o coordinadores designados formalmente como responsables de la gestión de un proceso específico. Tienen la responsabilidad operativa de:

- ✓ Documentar y mantener actualizados la Ficha de Caracterización y los procedimientos operativos de su proceso, asegurando la alineación con la normativa (3100, MIPG, etc.).
- ✓ Garantizar la aplicación de los procedimientos documentados por parte del personal de su área y las áreas relacionadas.
- ✓ Monitorear y medir el desempeño del proceso mediante los indicadores establecidos y analizar sus resultados.
- ✓ Identificar e implementar acciones de mejora (ciclo PHVA) y asegurar la trazabilidad de los registros generados.
- ✓ Promover la capacitación y el entrenamiento continuo del personal en los procedimientos vigentes.

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- **Personal de la E.S.E.**

Todos los funcionarios y contratistas que participan en la ejecución de los procesos tienen la responsabilidad individual de:

- ✓ Conocer y aplicar rigurosamente los procedimientos y formatos establecidos en este manual para las actividades que les competen.
- ✓ Generar y custodiar correctamente los registros y evidencias que soportan la ejecución del proceso.
- ✓ Participar activamente en las jornadas de capacitación, socialización y en la identificación de oportunidades de mejora

IV. Desarrollo y descripción de procesos.

- **Caracterización de procesos:** 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.

- **Estructura de la caracterización de procesos.**

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

a) 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.

b) Definir 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.
- ✓ **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 auditorias.
- ✓ **Actuar:** tomar acciones para mejorar el desempeño cuando sea necesario. Ejemplo: acciones correctivas, preventivas y de mejora del proceso.

c) Definir 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.

d) 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.

e) Documentos relacionados para el proceso.

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

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

f) 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.

g) 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.

h) 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.

V. Desarrollo y descripción de procesos.

A. Procesos estratégicos.

- Direccionamiento estratégico (CP-DIE-001).



CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Código: CP-DIE-001

Versión: 005

Proceso: Direccionamiento Estratégico

Responsable: Gerente - Lider De Planeación

Fecha: junio de 2024

COPIA CONTROLADA

Objetivo: 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

Alcance: 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.

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
Todos los procesos.	Normatividad	P	Normograma	Junta directiva.
Junta directiva	Acuerdos vigentes		Proyectos de inversión	Gerencia.
Entidad gubernamental	Identificación de recursos.		Normograma	Subgerencia.
Gerencia	Datos estadísticos.		Informe de necesidades y expectativas	Todos los procesos.
			Diagnóstico institucional	Entidad gubernamental.
			Perfil Epidemiológico	Entes de Control
			Matriz DOFA	
			Políticas y objetivos institucionales	
			Presupuesto aprobado	
			Plataforma GESIS APP	

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Todos los procesos. Junta directiva. Entidad gubernamental. Gerencia Entes de Control	Acuerdos vigentes Identificación de recursos. Cronogramas de trabajo Necesidades Datos estadísticos.	H - Elaborar y aprobar el Plan de Desarrollo Institucional. - Socializar del Plan de Desarrollo Institucional. - Elaborar y aprobar el plan plurianual inversiones. - Socializar el plan plurianual inversiones. - Elaborar y aprobar el Plan de Operativo Anual de Inversiones. - Socializar el Plan de Operativo Anual de Inversiones. - Elaborar y registrar en banco de proyectos del departamento de Antioquia los proyectos de inversión de la ESE. - Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG - Verificar el cumplimiento de la programación de la Junta Directiva del período y los temas a tratar - Recolectar los datos de los planes de trabajo de los comités institucionales - Implementar la plataforma GESIS APP para la medición de los indicadores - Elaborar, socializar y hacer seguimiento al plan de gestión	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	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.	Plan de Desarrollo Institucional Plan Operativo anual de inversiones Proyectos de inversión de la ESE Indicadores	V - 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 período 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	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	Junta directiva Gerencia Subgerencia Todos los procesos. Entidad gubernamental Entes de control
Todos los procesos. Junta directiva Entidad gubernamental Gerencia	Informe de gestión del proceso Propuestas de acciones de mejoramiento	A Tomar acciones de mejoramiento	Correcciones Acciones Correctivas Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Todos los procesos. Junta directiva Entidad gubernamental Gerencia Subgerencia

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

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- **Gestión de la Información y las Comunicaciones (CP-GIC-001).**

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GIC-001
	Proceso: Gestión la Información y de las Comunicaciones		Versión: 003 Fecha: septiembre de 2023

COPIA CONTROLADA

Objetivo: 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.

Alcance: Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios hasta el seguimiento a las acciones de mejoramiento.



Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión estratégica - Todos los procesos. - Gestión del Talento Humano - Entidades externas	- Normatividad - Necesidades y expectativas - Información institucional - Manual de funciones - Políticas - Necesidades de recursos Humanos y financieros	Comunicaciones 1. Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables 2. Recibir las directrices y lineamientos de la gerencia 3. Identificar las necesidades y expectativas de comunicación internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos 4. Consolidar las necesidades y expectativas de comunicación internas y externas 5. Identificar y priorizar las necesidades de comunicación internas y externas.	- Identificación de los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Consolidado de las necesidades y expectativas de comunicación interna y externa en cada uno de los procesos, servicios y proyectos - Matriz de priorización de las necesidades institucionales de las comunicaciones	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - Gestión del Talento Humano - EPS y entes de vigilancia, inspección y control - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales - Entidades externas
	- Matriz de priorización de necesidades y expectativas - Información institucional - Políticas - Necesidades de recursos Humanos y financieros	6. Definir el plan anual de comunicaciones internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos	Plan anual de comunicaciones internas y externas (Plan de Post y Plan de campañas Internas y externas)	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - Gestión del Talento Humano - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales - Entidades externas

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión Financiera - Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Gestión de Bienes y servicios	- Plan anual de comunicaciones internas y externas - Políticas - Necesidades de recursos Humanos y financieros	7. Planificar la gestión de recursos humanos, financieros y logísticos para el desarrollo efectivo de lo planeado.	Disponibilidad presupuestal para el desarrollo del Plan anual de comunicaciones internas y externas	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - Gestión del Talento Humano - EPS y entes de vigilancia, inspección y control - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales
- Gestión Financiera - Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Gestión de Bienes y servicios	Disponibilidad presupuestal	8. Asegurar la disponibilidad de los recursos logísticos y humanos para el cubrimiento de los eventos institucionales	Cobertura de los eventos logísticos de acuerdo a los lineamientos	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - Gestión del Talento Humano - EPS y entes de vigilancia, inspección y control - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales - Entidades externas

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de legislación, regulación y control - Direccionamiento Estratégico - Todos los procesos misionales - Gestión de la información y las comunicaciones - Gestión de Bienes y servicios - Gestión de Compras y Suministros - Gestión Financiera	- Normatividad - Necesidades y expectativas - Información institucional - Necesidades de recursos Humanos y financieros - Normatividad - Información de usuarios - Directrices administrativas - Soportes para el cargue de la información - Solicitudes formales de reportes de información. - Normatividad - Directrices - Información de las actividades - Inventario - Necesidades - Caracterización los perfiles de Hardware y Software de la Institución - Identificación de riesgos - Necesidades / Requerimientos - Matriz de seguridad de la información - Necesidades de recursos humanos y financieros	Estadística e Información - Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Recibir las directrices y lineamientos de la gerencia y coordinación medica - Identificar las necesidades y expectativas de Software internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos. - Consolidar las necesidades y expectativas de Software internas y externas. - Priorizar las necesidades de solicitud Software internas y externas para el cumplimiento de los requerimientos. - Actualizar la matriz de reporte obligatorio a entes de control y clientes internos según cambios normativos Sistemas de Información - Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Recibir las directrices y lineamientos de la alta dirección - Caracterizar los perfiles de Hardware y Software de la Institución - Identificar las necesidades y expectativas de Software y Hardware internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos. - Priorizar las necesidades de Software y Hardware internas y externas, según el riesgo en la continuidad para la prestación del servicio - Definir las políticas de seguridad perimetral - Definir las políticas de riesgos de seguridad y privacidad de la información - Categorizar y priorizar los requerimientos de soporte técnico - Proyectar y actualizar el Plan estratégico de las tecnologías de la información PETI - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Matriz de reportes obligatorios y Cronograma - Consolidado de las necesidades y expectativas internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos - Fuente del dato - Diagnóstico de prioridades - Configuración de procesos y procedimientos para los RIPS - Historia Clínica - Normograma - Lineamientos del área - Perfiles caracterizados - Matriz de necesidades - Necesidades priorizadas - Políticas de seguridad perimetral - Política de seguridad y privacidad de la información - Matriz de categorización y priorización - Certificado de disponibilidad presupuestal	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - EPS y entes de vigilancia, inspección y control - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales - Gestión Documental - Entes de control - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Procesos Institucionales - Aseguradoras - Direccionamiento Estratégico - Procesos Misionales - Comunidad - Gestión de Bienes y servicios

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión estratégica - Gestión Financiera - Todos los procesos - Medios de comunicación externos	- Plan anual de comunicaciones internas y externas - Presupuesto aprobado - Información para publicar - Comunicación Informativa - Comunicación Organizacional - Planes de mejoramiento	Comunicaciones Ejecutar el plan anual de comunicaciones internas y externas en cada uno de los procesos, servicios y los proyectos	- Registros del cumplimiento al desarrollo del plan anual de comunicaciones internas y externas - Informes presentados a los Entes de Control y direccionamiento - Información publicada a los públicos internos y externos	- Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG - Gestión del Talento Humano - Usuarios y ciudadanos - Procesos Institucionales - Entidades externas
- Todos los procesos - Entidades externas - Gestión documental - Gestión financiera - Gestión de bienes y suministros	Solicitud de necesidades informativas y comunicacionales	- Recibir y gestionar las necesidades y los requerimientos de comunicación - Analizar el requerimiento y su viabilidad de ejecución - Ejecutar el requerimiento de información de manera oportuna	- Respuesta y ejecución del requerimiento - Producto o pieza comunicacional - Autorización de uso de derechos de imagen.	- Todos los procesos - Entidades externas
- Direccionamiento estratégico - Gestión de la información y las comunicaciones - Gobernación de Antioquia	- Manual de imagen corporativa - Manual de imagen de Gobernación del periodo vigente	- Socializar el uso correcto de la imagen corporativa - Velar por el cumplimiento de la imagen corporativa establecida	Ejecución acorde a los lineamientos institucionales	- Todos los procesos - Entidades externas - Gobernación de Antioquia
- Gestión de la información y las comunicaciones - Direccionamiento estratégico	- Lineamientos para la cobertura de eventos - Cumplimiento de requisitos normativos	Cubrir los eventos institucionales acorde a los lineamientos	Registro gráfico e informativo del evento	- Direccionamiento estratégico - Entidades externas - Todos los procesos - Usuarios y ciudadanos
Direccionamiento estratégico	Plan de Desarrollo Institucional	Asegurar el cumplimiento de las actividades del proceso proyectados en el Plan de Desarrollo Institucional	Ejecución de actividades y seguimiento mediante los indicadores del PDI (Plan de Desarrollo Institucional)	- Junta directiva - Direccionamiento estratégico - Todos los procesos - Usuarios y ciudadanos - Entes de control

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Software de Historia Clínica Procesos Misionales Referencia y Contrarreferencia Ayudas diagnósticas	Fichas de Notificación SIVIGILA Resultados de laboratorio	Estadística e Información Reportar y actualizar la notificación de los eventos de interés en salud pública – SIVIGILA Asegurar el reporte de los informes al RUAF	Reporte de semanas epidemiológicas actualizado	Entes de vigilancia y control
Médicos generales	Acta de defunción	Reportar de acuerdo a cronograma los informes de notificación obligatoria a las EPS y entes de control	Cargue oportuno de datos	
	Datos	Actualizar la matriz de indicadores institucional	Matriz de reportes obligatorios con seguimiento al cumplimiento	Direccionamiento Estratégico
	Matrices de identificación del dato	Mantener actualizadas las estadísticas de producción y el perfil epidemiológico	Matriz actualizada	Todos los procesos Entes de vigilancia y control
Todos procesos		Generar datos estadísticos de la prestación de servicios para la toma de decisiones	Informes de producción por áreas de servicios	Junta directiva
Entes de regulación y control	Cronograma de Comités	Apoyar la gestión del Comité Técnico Científico y de Historias Clínicas		
Direccionamiento Estratégico	Requerimientos de información internos y externos	Apoyar el análisis de las estadísticas e indicadores de gestión	Actas de Comités y seguimiento a compromisos	
Todos los procesos Entes de Control Gestión Jurídica	Información del profesional asistencial	Atender requerimientos de información inmediata de entes de control, pacientes, gestión jurídica y gerencia	Entrega de información Reportes a los clientes internos y externos	Entes de vigilancia y control
Coordinación Médica y Estadística	PETI PDI POAI	Sistemas 1. Implementar los Planes Estratégicos • Plan Estratégico de las tecnologías de la información PETI • PDI • POAI 2. Administrar el software principal 3. Administración de recursos tecnológicos Administrar la generación de los servicios Administrar el funcionamiento de herramientas de comunicación interna (Página web, correo institucional, comunicación , telefonía grupos , intranet) Administrar el funcionamiento de la infraestructura de la Red Administrar el funcionamiento de la arquitectura del hardware Administrar las bases de datos Administrar los servidores	Registros del cumplimiento de los planes Registros de asistencia o actas de reuniones Indicadores de cumplimiento Soporte y actualización del software Soporte realizado Gestión del servicio de internet Seguridad de la información (antivirus) Conexión de dispositivos (asignación de red) Creación de perfiles y contraseñas Gestión Canales de datos Administración plataforma comunicación IP Equipos instalados a la plataforma o red Actualización firewall (firmware)	• Direccionamiento Estratégico • Entes de control • Mejoramiento Continuo • Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - MIPG • Gestión del Talento Humano • Usuarios y ciudadanos • Procesos Institucionales • Gestión del Talento Humano • Mejoramiento Continuo • Evaluación Independiente • Entes de control • Aseguradoras
• Gestión estratégica • Gestión del Talento Humano • Gestión del Ambiente y la infraestructura • Gestión de Bienes y servicios	• Políticas de seguridad perimetral y privacidad de la información • Necesidades o requerimientos	4. Implementar las políticas de seguridad perimetral y de seguridad de la información 5. Implementar el cronograma de mantenimiento de hardware 6. Brindar Soporte de Hardware 7. Brindar soporte informático 3. Ejecutar el plan de contingencia, en caso de ser necesario	Informe de seguimiento a las políticas de seguridad perimetral. Información asignada Registros de mantenimiento Registros de Mesa de Ayuda	
	Matriz de seguridad de la información Cronograma de mantenimiento		Informe de la Matriz de riesgos	
	Solicitudes de soporte			
	Plan de Contingencia			

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
• Direccionamiento estratégico • Gestión de la información y las comunicaciones • Todos los procesos • Mejoramiento continuo	• Información publicada. • Solicitud y gestión de la información y las comunicaciones • Informe de auditoría • Registro de ejecución del plan de comunicaciones	Comunicaciones 1. Efectuar seguimiento y medición al proceso 2. Monitorear y hacer seguimiento a la ejecución del plan de comunicaciones 3. Evaluar el cumplimiento del hacer del proceso 4. Verificar la eficacia de las acciones del plan de mejoramiento. 5. Realizar el análisis a los indicadores.	• Informes de seguimiento al plan de comunicaciones • Evaluación del Proceso de Comunicaciones • Seguimiento realizado a los medios de comunicación • Solicitud y gestión de la información y las comunicaciones • Gestión Control y Mejora • Gestión Estratégica	• Grupos de interés • Comunidad y ciudadanía • Entes externos • Todos los procesos

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Matriz de reporte obligatorio			Informes validados	
Todos los procesos	Sabana de datos		Registro del cargue efectuado Exportar informe de reportes generados	
Procesos Misionales	Reportes de información		Inconsistencias corregidas	
Gestión de la información y las comunicaciones	Reportes de información al SIVIGILA y al RUAF		Indicadores analizados	
Entes de vigilancia y control	Informes de validación		Planes de Mejoramiento	
	Matriz de reportes obligatorios con seguimiento al cumplimiento		Seguimiento de planes de mejoramiento	
	Fichas técnicas de indicadores		Riesgos monitoreados	
Mejoramiento Continuo	Informes de auditorías			Junta directiva
Control Interno	Planes de mejoramiento			Direccionamiento Estratégico
Todos los procesos	Actas de Comités y seguimiento a compromisos			Entes de vigilancia y control
	Mapa de Riesgos			EPS
				Procesos Misionales Mejoramiento Continuo Control Interno

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Direccionamiento estratégico - Control Interno - Mejoramiento continuo - Gestión de la información y de las comunicaciones	Informes analizados y evaluados Indicadores analizados Planes de mejoramiento	Comunicaciones 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	- Direccionamiento estratégico - Control Interno - Mejoramiento continuo
		Estadística e Información 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.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial (equipos de cómputo y de impresión, Scanner, Fax, Software Corel Draw, Fotoshop y Macromedia, Flash, Dream Weaver, Fireworks), Internet, Aplicación para el Manejo del Sistema de Información, Papelería Legal y Reglamentaria. Humanos: Subgerente Administrativo, Líder Sistemas, Gerente de Sistemas de Información en Salud, Técnicos de Sistemas. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	INS-GIC-003 Búsqueda activa mortalidad materna. INS-GIC-004 Envío Sivilia. INS-GIC-005 Validación y Envío de 4505 – SAVIA. INS-GIC-006 Reporte BAI EPIDEMIOLOGÍA Y SIANIESP RIPS. INS-GIN-007 Instructivo de comunicación externa. INS-GIN-008 Instructivo de campañas. INS-GIN-010 Instructivo de comunicación web y redes sociales. INS-GIN-011 Instructivo de publicaciones. INS-GIN-012 Instructivo de eventos y protocolo. INS-GIN-013 Instructivo del vocero o portavoz. INS-GIN-014 Instructivo política de crisis. PL-GIN-003 Plan de comunicaciones. PR-GIC-001 Sistema de comunicaciones Hospital La María. PL-GIC-001 Política de tratamiento y Protección de datos personales. PL-GIC-002 Política de Racionalización de Trámites. PN-GIC-001 Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información. PN-GIC-002 Plan Estratégico de Tecnología de la Información. CP-GIC-001 Instructivo de comunicación externa.	- Manuales - Decreto 139 de 1996, - Decreto 1011 de 2006 - Decreto 1083 de 2015 - Decreto 780 de 2016, - Resolución 3100 de 2019, - Resolucion256 de 2016 y 5095 de 2018 - Ley 23 de 18 de febrero de 1981 sobre ética médica. - Resolución 670 de 2017, manual de políticas y procedimientos para la protección de datos personales. - Resolución 5111 de 2017, de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, Régimen de Protección de los Derechos de los Usuarios de Servicios de Comunicaciones - Circular Externa 5 de 2017, de la Superintendencia de Industria y Comercio, que adiciona un Capítulo Tercero al Título V de la Circular Única. - Resolución 5199 de 30 de agosto de 2017, de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, por la cual se modifica el artículo 12 de la Resolución CRC 5111 de 24 de febrero de 2017

Indicadores (Ver Ficha Técnica)

- Estabilidad de la plataforma
- Fallas en el sistema que afectan la disponibilidad de la historia clínica digital
- Soportes en el sistema de información

Riesgos (Ver Ficha Técnica)

Riesgos de la Plataforma de Historia Clínica Digital									
Código	Descripción del Riesgo	Categoría	Impacto	Probabilidad	Gravedad	Estrategia de Mitigación	Responsable	Fecha de Evaluación	Estado
R001	Falta de estabilidad de la plataforma	Alta	Alta	Alta	Alta	Implementar redundancia de servidores y backup diario de la base de datos.	Gerente de Sistemas	30/09/2025	En Proceso
R002	Fallas en el sistema que afectan la disponibilidad de la historia clínica digital	Alta	Alta	Alta	Alta	Realizar mantenimiento preventivo y correctivo de los servidores y equipos de red.	Técnicos de Sistemas	30/09/2025	En Proceso
R003	Soportes en el sistema de información	Alta	Alta	Alta	Alta	Implementar un sistema de soporte técnico eficiente y capacitar al personal de atención al usuario.	Equipo de Soporte Técnico	30/09/2025	En Proceso

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- **Mejoramiento continuo de la calidad (CP-MCO-001).**

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-MCO-001
			Versión: 004
	Proceso: Mejoramiento Continuo de la Calidad	Responsable: Líder de Calidad Profesional de Calidad	Fecha: julio de 2024

COPIA CONTROLADA

Objetivo: Asegurar la optimización y el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) mediante la planificación y ejecución del ciclo PHVA, integrando los Sistemas Integrados de Gestión (SIG) y asegurando la alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).	Alcance: Comprende desde la programación y ejecución de las auditorías internas integrales, la generación de hallazgos, hasta el seguimiento y verificación de la eficacia de los Planes de Mejoramiento (Correctivos y Preventivos), culminando con la Revisión por la Dirección para la toma de decisiones estratégicas.
---	---

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de control, legislación y regulación - Oficina de Planeación - Procesos Institucionales - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno - Dirección General/Alta Gerencia - Gestión Financiera y Contable	- Requisitos Legales, Reglamentarios y Estándares (SOGCS, MIPG, SIG). - Resultados de auditorías y planes de mejoramiento - Políticas y Objetivos Estratégicos Institucionales - Equipo de auditores internos - Asignación presupuestal/Recursos aprobados	P 1. Establecer y alinear los estándares del SOGCS y MIPG. 2. Definir objetivos, metas e indicadores de gestión. 3. Identificar riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión de la Calidad.	- Normograma y matriz de requisitos legales y reglamentarios. - Cronograma de auditorías internas de calidad. - Necesidades presupuestales y de capacitación.	- Gestión Documental - Procesos Institucionales - Entes de Control - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Direccionamiento Estratégico - Gestión del Talento Humano - Gestión Financiera
- DAFP - Ministerio de la Protección Social - Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Entes de control - Líderes de los procesos. - Talento humano. - Gestión financiera.	- Manual del SGC y Documentación de Nivel Aprobada. - Programas de Auditoría, Seguridad del Paciente y Planes de Acción Definidos. - Directrices para la implementación del Modelo de Control Interno.	H 4. Ejecutar la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación componente del SOGCS. 5. Ejecutar la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación componente del SOGCS. 6. Coordinar y ejecutar auditorías internas de calidad. 7. Gestionar el control de cambios y la disposición de los documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad 8. Formular y efectuar seguimiento a los planes de mejoramiento institucional y por procesos. 9. Asegurar la producción, control e implementación de los documentos internos institucionales.	- Evidencias de autoevaluación (Listas de verificación y registros). - Informes de auditoría y listado de No conformidades/hallazgos. - Documentos (Manuales, protocolos, procedimientos, políticas, formatos) información controlada.	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Entes de control y partes interesadas - Clientes, Usuarios - Procesos institucionales - Ente de certificación

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de control - Evaluación Independiente - Procesos Institucionales (Estratégicos, misionales y de apoyo) - Partes interesadas	- Programas de Auditoría, Seguridad del Paciente y Planes de Acción Definidos. - Directrices para la implementación del Modelo de Control Interno. - Informes y Registros de Ejecución de Actividades. - Resultados de Indicadores de Gestión (Eficacia, Eficiencia, Adherencia). - Hallazgos, No Conformidades (NC) y Oportunidades de Mejora (Auditorías) - Matriz de Riesgos y Controles Válida	V 10. Analizar el desempeño de los indicadores de gestión y estadísticas. 11. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales 12. Evaluar la efectividad de los clones (riesgos)	- Informe trimestral de satisfacción del usuario. - Registro de verificación de eficacia o cumplimiento de las acciones correctivas. - Propuestas de acciones de mejoramiento y ajustes a la planeación.	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Entes de control y de certificación - Todos los procesos misionales
Dirección General / Alta Gerencia, Comité técnico de Calidad y Comité de Gerencia	- Consolidado del Desempeño del SGC/SIG (Informe de Gestión). - Recomendaciones y Propuestas de Acciones de Mejora Estratégica. - Autoevaluación del Control Interno y de la Gestión.	A 13. Realizar la revisión por la dirección (Análisis de gestión). 14. Tomar acciones de mejoramiento 15. Estandarizar las acciones correctivas y preventivas.	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación

Controles Preventivos	Controles Correctivos
Validación del Cumplimiento Legal y Normativo: Asegurar que la planeación de auditorías y el SGC incorporen la totalidad de requisitos legales vigentes antes de su ejecución. Programación Certificada de Auditorías Internas Integrales: Garantizar que el cronograma de auditorías cubra todos los procesos (Estratégicos, Misionales, Apoyo) y sistemas (Calidad, SST, Ambiental, etc.) en los periodos definidos. Socialización y Sensibilización Documentada en Seguridad del Paciente: Asegurar la comprensión y adherencia de todo el personal a los paquetes instruccionales y protocolos de seguridad. Definición de Criterios de Cierre y Plazos de Acciones de Mejora: Evitar la dilación en el cierre de hallazgos mediante el establecimiento de responsables, recursos y fechas límite irrenunciable. Verificación Previa de Disponibilidad de Recursos (Auditorías): Asegurar que el equipo auditor cuente con tiempo, formación y herramientas necesarias antes de iniciar la auditoría. Aprobación Formal del Control de Cambios Documentales: Evitar la circulación y uso de documentos obsoletos o no vigentes (Control clave para la Gestión Documental).	Análisis de Causa Raíz (ACR) Obligatorio para No Conformidades Mayores: Determinar la causa fundamental de desviaciones recurrentes o de alto impacto para evitar su repetición (en lugar de solo ajustes superficiales). Activación del Proceso Disciplinario/Plan de Gestión de Talento Humano: Aplicar medidas cuando el incumplimiento de las acciones de mejora se deba a negligencia o falta de compromiso de personal clave. Revisión Extraordinaria por la Subgerencia científica o el Comité técnico-científico de Calidad: Convocar a la subgerencia ante fallas sistémicas graves que afecten la certificación o la continuidad de la prestación del servicio. Reprogramación y Monitoreo Intensivo (Seguimiento Doble): Aplicable a planes de mejoramiento que hayan superado el plazo inicial. Emisión de Comunicado Oficial de Alerta y Retiro de Documentación: Acción inmediata para retirar documentos obsoletos de los puntos de uso cuando se identifica una falla en el Control de Cambios. Ajuste y Re-ejecución Inmediata de Auditorías: Cuando se detecta que una auditoría fue incompleta o sesgada, se ajustan los criterios y se repite en el corto plazo.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Sala de Reuniones, Video Beam, Pantalla de Proyección, Tablero. Humanos: Asesora de Calidad, Profesional de Calidad, Lider de Seguridad del Paciente. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	MA-MCO-001 Manual de Procesos Asistenciales. MA-MCO-002 Manual para la elaboración de guías de práctica clínica. MA-MCO-003 Manual para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. MA-MCO-005 Manual de gestión de calidad. PL-MCO-001 Política de Calidad PO-MCO-001 Protocolo de Adopción de Guías. PR-MCO-001 Procedimiento para la Auditoría de adherencia a las Guías de Atención. PR-MCO-002 Procedimiento para la auditoría de adherencia a paquetes instruccionales. PR-MCO-002 Procedimiento para la Auditoría de Paquetes instruccionales. PR-MCO-003 Procedimiento para las Auditorías Internas de Calidad. PR-MCO-004 Procedimiento Administración Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. PR-MCO-006 Procedimiento de auditoría concurrente. Política institucional de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos (Impacta directamente la mejora). Política institucional de Gestión del Conocimiento y la Innovación (Impacta la estandarización de buenas prácticas). Política de institucional Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional (Define la métrica del proceso).	- Resolución 3100 de 2019 - Resolución 256 de 2016 - Resolución 5095 de 19 de Noviembre de 2018 "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia" Versión 3.1 – (Nuevas inclusiones) - Decreto 780 de 2016 (Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) - Decreto 903 de 2014 (Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud). - Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 2007. - 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) - Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 2007. - Resolución 2082 de 2014 - Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud - Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente - Decreto 1499 de 2019 Sistema de Gestión y se articula con el Sistema de Control Interno - Ley 1753 de 2015 y Decreto 1893 de 2021

Indicadores (Ver Ficha Técnica)

- Vigilancia de eventos adversos
- Cumplimiento al plan de auditorías

Riesgos (Ver Ficha Técnica)

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS										ANÁLISIS DE RIESGOS										EVALUACIÓN DE RIESGOS										EVALUACIÓN DE RIESGOS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Nº	Proceso	Actividad	Resultado esperado	Indicador	Frecuencia	Impacto	Probabilidad	Evidencia	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia	Responsable	Fecha de actualización	Evaluación	Nivel de riesgo	Estrategia

B. Procesos misionales.

- Consulta externa especializada.

Objetivo: Brindar servicios de consulta médica general y especializada, odontológica, enfermería, nutrición, psicología, vacunación y otras especialidades, en modalidad ambulatoria, para los usuarios de las EAPB, entes territoriales y convenios, que acude a solicitar servicios de la ESE Hospital la María	Alcance: Inicia desde la asignación de citas, pasando por la valoración del profesional asistencial y finaliza con la definición de conducta y recomendaciones.
--	--

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de control, legislación y regulación - Direccionamiento Estratégico - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Gestión del Talento Humano - Gestión de la Información y las comunicaciones - Gestión de Bienes y servicios - EAPB - Programas Especiales	- Normatividad - Políticas y directrices institucionales - Planta de personal y contratistas - Capacidad instalada - Directrices del Plan de Compras	P	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Planificar la prestación del servicio según requisitos normativos o contractuales - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Acta de comité de gerencia o Técnico científico - Plan Operativo anual - Cuadro de turnos asistenciales - Necesidades de recursos	- Gestión Documental (registros historias clínicas) - Direccionamiento Estratégico - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de control - EAPB, Aseguradoras y partes interesadas - Admisiones y Facturación - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y servicios
- Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente y la Infraestructura - Gestión de Bienes y servicios - Admisiones y Facturación - Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Gestión Documental - Mejoramiento Continuo	- Recursos disponibles - Agendas del personal asistencial - Información del paciente - Guías y protocolos - Historia Clínica Dinámica - Políticas y procedimientos asistenciales transversales, de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental - Políticas de los programas especiales y de promoción y mantenimiento de la salud - Procedimientos para la gestión de eventos adversos y tratamiento a servicios no conformes - Normatividad - Directrices de admisión del paciente y facturación	H	- Alistar los puestos de trabajo y consultorios. - Verificar las agendas asistenciales - Llamar al usuario y efectuar reconocimiento (creación del paciente usuario) - Efectuar la Anamnesis - Realizar el examen y valoración médica asistencial - Definir la conducta de manejo - Realizar demanda inducida y educación al usuario y su familia - Reportar los eventos relacionados con la seguridad del paciente - Generar reportes de información legal y reglamentaria; si es necesario. - Realizar el egreso del paciente; hospitalización, remisión, atención de urgencias o salida.	- Condiciones controladas - Historia Clínica Dinámica - Consentimiento informado - Ordenes Médicas; Medicamentos; Ayudas Diagnósticas; Incapacidades o Remisión. - Registro de demanda inducida - Informe de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Reportes de información legal y reglamentaria - Registros de egreso - Registro diario de vacunación - Registro en PAIWEB	- Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Entes de control - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Gestión Documental - Servicio Farmacéutico - Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica - Gestión de la información y las comunicaciones - Procesos Misionales - Mejoramiento Continuo

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión de Sistemas e Información - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de Control, aseguradoras y contratos de programas especiales - Proceso Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V	- Analizar las estadísticas e indicadores de gestión - Analizar los informes de auditorías - Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de comités y grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno y SGC - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
- Gestión de Sistemas e Información - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de Control, aseguradoras y contratos de programas especiales - Proceso Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A	Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Gestión de la Información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. No reutilización de insumos – política de no reusó 2. Atender al usuario según las guías y protocolos. 3. Aplicar las buenas prácticas de seguridad del paciente 4. Aplicar las normas del manual de bioseguridad 5. Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. 6. Garantizar las condiciones de privacidad. 7. Monitoreo permanente a la actualización de agendas médicas asistenciales. 8. Auditoria adherencia a <u>guía de practica clinica</u> 9. Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables 10. Protocolo actualizado de cadena de llamadas con los líderes responsable 11. Buenas <u>practicas</u> de esterilización 12. Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas y consentimientos informados.	1. Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. 2. Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario 3. Ajustar el cuadro de turnos. 4. Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información. 5. Implementar el Plan de Contingencia de Cadena de frío en vacunación 6. Realizar análisis y gestión de reportes relacionados con ala seguridad del paciente 7. Planes de mejoramiento frente a la desviación de los indicadores

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Coordinador Médico y Líder del servicio. Todo el talento humano que se requiere para la prestación del servicio Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 3100 de 2019)	Todos los documentos relacionados en el SGC asociados al proceso de consulta externa contenidos en el listado maestro de documentos	• 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 • 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 • 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. • 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. • 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

	• Resolución 227 de 2022 Adopta lineamientos técnicos y operativos en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT). • 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. • 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. • 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. • Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de las historias clínicas en el territorio nacional • 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. • 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. • 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, 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. • 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. - 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. - Resolución 1403 de 2007 establece en el Capítulo II para el Servicio Farmacéutico Hospitalario. - 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). - Decreto 3770 de 2004, el cual dispone el diseño de un Programa de Reactivovigilancia - Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud - Ley 1438 del 19 de enero del 2011 Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. - Ley 23 de 1981 (Ética Médica) - Ley 35 de 1989 (Ética Odontológica) - Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) - Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) - Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) - Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) - Manual Técnico Administrativo del PAI
--	--	--

Indicadores (Ver Ficha Técnica)

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

- Número de personas viviendo con VIH vacunados contra la Influenza
- Número de PVVIH vacunados contra Neumococo
- Número de personas viviendo con VIH vacunados contra Varicela Zoster
- Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el PBS
- Número de usuarios atendidos en SF
- Porcentaje de cumplimiento en la entrega de medicamentos por tutela
- Porcentaje de faltantes de medicamentos PBS entregados por fuera de las 48 horas
- Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes PBS
- Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos NO PBS
- Porcentaje de faltantes de medicamentos NO PBS entregados por fuera de las 48 horas
- Oportunidad en la entrega de medicamentos faltantes NO PBS
- Porcentaje de casos reportados al programa de Farmacovigilancia
- Gestión de eventos adversos y Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos
- Cumplimiento de meta programa SFT
- Gestión del programa de SFT
- Porcentaje de casos reportados al programa de Tecnovigilancia
- Gestión de eventos e incidentes adversos relacionados con dispositivos médicos
- Proporción de reportes de efectos indeseados a reactivos de diagnóstico in vitro
- Gestión de efectos indeseados a reactivos de diagnóstico in vitro
- Tiempo de espera en los servicios farmacéuticos
- Porcentaje de PQRS resueltas relacionadas con productos farmacéuticos
- Mortalidad por TB
- Captación de sintomáticos respiratorios para TB
- Porcentaje de éxito de tratamiento en TB pulmonar
- Porcentaje de pérdidas de seguimiento en tratamiento para TB
- Porcentaje de pacientes que egresan del tratamiento por fallecimiento debido a TB
- Porcentaje de casos de RR/MDR/XDR con egreso por curación o tratamiento terminado.
- Porcentaje de casos RR/MDR/XDR con egreso por pérdida en el seguimiento en la cohorte.
- Porcentaje de casos RR/MDR/XDR con egreso por fallecimiento en la cohorte.
- Porcentaje de casos mono y polirresistente con egreso por curación o tratamiento terminado
- Porcentaje de casos mono y polirresistente con egreso por pérdida en el seguimiento en la cohorte.
- Porcentaje de casos mono y polirresistente con egreso por fallecimiento en la cohorte.
- Porcentaje de inasistencia a citas programadas en el mes.
- Porcentaje de pacientes que no asisten ninguna de las citas programadas en el mes.
- Porcentaje de abandonos al programa especial por factores económicos
- Porcentaje de abandonos al programa especial por factores de salud
- Porcentaje de abandonos al programa especial por decisión propia
- Porcentaje de abandonos al programa especial que se les realiza visita domiciliaria
- Porcentaje de abandonos al programa especial que se encuentra fuera del país

- Porcentaje de usuarios que reingresan al programa especial durante el mes
- Porcentaje de pacientes que no asisten a al menos una cita programada en el mes y se programa una nueva cita dentro del mismo mes (REPROGRAMACIÓN).
- Distribución porcentual de causas de inasistencia a primera cita presencial programada en el mes
- Porcentaje de asistencia de pacientes a consultas con el equipo interdisciplinario por frecuencia.
- Oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general y especialidades
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Infectología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de urología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cardiología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de dermatología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ortopedia
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de neurocirugía
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de neumología
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de otorrinolaringología
- Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
- Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
- Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado.
- Proporción de gestantes con valoración por odontología
- Satisfacción Global.
- Eventos adversos.
- Proporción de Adherencia a guías

- **Consulta externa odontológica (CP-CEX-001).**

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-CEX-001
			Versión: 003
Proceso: Consulta Externa Odontológica	Responsable: Coordinador Medico y Líder del Servicio de Odontología	Fecha: junio de 2024	COPIA CONTROLADA

COPIA CONTROL ADA

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 <u>desde</u> la identificación de los requisitos legales y reglamentarios <u>hasta</u> el egreso del usuario.
--	--

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de control, legislación y regulación - EAPB - Direccionamiento Institucional - Gestión del Ambiente Físico - Promoción y Mantenimiento de la Salud - Gestión de la información y las Comunicaciones - Gestión del Talento Humano - Gestión de Sistemas e Información	- Normatividad - Políticas y directrices institucionales - Planta de personal y contratistas - Capacidad instalada - Directivos del Plan de Compras	P	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Planificar la prestación del servicio - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Acta de grupo primario - Plan Operativo de Producción - Cuadro de turnos - Necesidades de recursos	- Gestión Documental - Direccionamiento Institucional - Mejoramiento Continuo y SGCS - Entes de control - EAPB - Aseguradores y partes interesadas - Admisiones y Facturación - Gestión del Talento Humano - Gestión Compras y Suministros
- Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente Físico - Gestión de Compras y Suministros - Admisiones y Facturación - Urgencias - Aseguradores, Usuarios y partes interesadas - Gestión Documental	- Recursos disponibles - Agenda Odontológica - Información del paciente - Guías y protocolos - Historia Clínica dinámica - Políticas y procedimientos odontológicos, de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental - Políticas de P y P - Procedimientos para la gestión de eventos adversos y tratamiento a servicios no conformes - Directivos de Facturación - Directivos de Remisión - Normatividad	H	- Alistar los puestos, áreas de trabajo y módulos odontológicos. - Clasificar usuarios (urgencias) - Verificar la agenda odontológica - Llamar al usuario y efectuar reconocimiento - Realizar la ANAMNESIS - Realizar el examen y valoración odontológica - Definir la conducta de manejo - Realizar tratamiento según conducta de manejo - Realizar demanda inducida y educación al usuario y su familia - Reportar los eventos adversos o servicios no conformes - Realizar el egreso del paciente; Programa San Vicente Sin Caries, remisión, hospitalización o salida, y solicitar facturación - Generar reportes de información legal y reglamentaria	- Condiciones controladas - Historia Clínica dinámica diligenciada; - Consentimiento informado - Ordenes de Servicio; Medicamentos, Ayudas Diagnósticas, Incapacidades o Remisión; - Registro de demanda inducida - Registro de eventos adversos - Registro de servicios no conformes - Reportes de información legal y reglamentaria	- Aseguradores, Usuarios y partes interesadas - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Gestión Documental - Procesos Misionales - Promoción y Mantenimiento de la Salud - Gestión de Sistemas e Información
- Promoción y Mantenimiento de la Salud - Mejoramiento Continuo - Comunicaciones					

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión de Sistemas e Información - Evaluación Independiente - Entes de Control - Mejoramiento Continuo - Proceso en general - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Institucional - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V 17. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión 18. Analizar los informes de auditorías 19. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales 20. Seguimiento a planes de mejoramiento 21. Monitorear los riesgos del proceso 22. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
Mejoramiento Continuo	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A 23. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

→

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- No reutilización de insumos – política de no reuso - Atender al usuario según las guías y protocolos. - Aplicar las buenas prácticas de seguridad del paciente - Aplicar las normas del manual de bioseguridad - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. - Garantizar las condiciones de privacidad. - Monitoreo permanente a la actualización de agendas médicas asistenciales. - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables - Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas y consentimientos informados.	- Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. - Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario - Ajustar el cuadro de turnos. - Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información. - Suspender atención en caso de suplantación. - Realizar análisis y gestión de reportes relacionados con la seguridad del paciente

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Coordinador Médico y Líder del servicio. Todo el talento humano que se requiere para la prestación del servicio Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 3100 de 2019)	Todos los documentos relacionados en el SGC asociados al proceso de consulta externa Odontológica y Servicio de Radiología Odontológica contenidos en el listado maestro de documentos	- 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 - 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 - 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. - 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. - 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. - Resolución 227 de 2022 Adopta lineamientos técnicos y operativos en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT). - 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. - 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. - 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. - Resolución 1995 de 1999. establece las normas para el manejo de las historias

		clínicas en el territorio nacional - 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. - Resolución 2183 de 2004 (Manual Buenas Prácticas de Esterilización) - 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. - 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, 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. - 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. - 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. - Resolución 1403 de 2007 establece en el Capítulo II para el Servicio Farmacéutico Hospitalario. - 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). - Decreto 3770 de 2004, el cual dispone el diseño de un Programa de
		Reactivovigilancia - Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud - Ley 1438 del 19 de enero del 2011 Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. - Ley 23 de 1981 (Ética Médica) - Ley 35 de 1989 (Ética Odontológica) - Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) - Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) - Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) - Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) - Manual Técnico Administrativo del PAI

Indicadores (Ver Ficha Técnica)

Oportunidad en la atención en consulta de odontología general
 Proporción de pacientes terminados
 Adherencia a guías odontológicas
 Proporción de citas incumplidas
 Proporción de tratamientos repetidos
 Proporción de urgencias odontológicas
 Proporción de pacientes sanos reevaluados a los 6 meses de terminado el tratamiento
 Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa en los afiliados de régimen subsidiado.
 Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna en los afiliados régimen subsidiado.
 Porcentaje de PQRS gestionadas y resueltas antes de 48 horas.
 proporción de acciones de tutelas nuevas, relacionadas en los diferentes tramos de la ruta.
 Satisfacción Global.
 Eventos adversos.

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<u>Indicador:</u> • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos	No prestación del servicio	3	• No presenta documentos de identidad • Usuario no activo para la prestación del servicio • Multatraslado. • Llegar tarde a la cita • Falta de recurso humano	• Usuarios insatisfechos • Deterioro de la imagen institucional • Deterioro en oportunidad de citas • Gasto institucional por pérdida del tiempo del	10	30	Importante	• Anexos # 1 de la resolución 3047 de 2009 diligenciados • Cuadro de turnos actualizados • Políticas de comunicación	20	Mediana	<u>Evitar:</u> • Aplicar el instructivo de validación de derechos. • Planear adecuadamente los recursos. <u>Reducir:</u>

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas			• Mala programación de cuadro de turno • Inadecuada higiene bucal • Cierre de servicios por inadecuada planeación de recursos • Error en la asignación de citas • No se siguen directrices institucionales	funcionario • Deterioro del estado de salud del usuario				Institucional • Instructivo de validación de derechos.			• Verificar constantemente el cuadro de turnos y profesionales disponibles. • Educación en derechos y deberes. • Educación en higiene bucal. • Capacitación al personal de admisiones. Mitigar: Reprogramación de la atención al usuario. Transferir: establecer medidas disciplinarias frente al responsable.
Interno: • Personal • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas	Atención a menores de edad o personas en situación de discapacidad mental sin acompañante	3	• Incumplimiento de las políticas institucionales	• Demandas a la institución • Procesos disciplinarios • Perjuicios morales y económicos • Pérdida de imagen institucional • Diagnósticos errados • Inadecuada adherencia al tratamiento • Abuso o violencia sexual	10	30	Importante	• Procedimiento consulta odontológica programada	20	Mediana	Evitar: • Despliegue y verificación del entendimiento del procedimiento. Reducir: • Educación permanente a la comunidad sobre la importancia del acompañante para los menores de edad y discapacitados. • Sensibilizar a todo el personal de la institución sobre la importancia de que siempre los menores de edad y los discapacitados tengan un acompañante a la hora de solicitar el servicio. Transferir: • Acciones de repetición contra el empleado ante demandas • Procesos disciplinarios
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos	Inadecuada identificación del usuario	3	• Personal no capacitado • No verificación del usuario con los 2 identificadores: nombres completos y documento de identidad • No exigir el documento de	• Glosas • Pérdida económica • Historias Clínicas con información incorrecta • Duplicidad de historia clínica • Atención al usuario incorrecta	20	60	Incapable	• Documentos de identidad originales • Autorizaciones para la prestación del servicio por escrito • Política de seguridad del	10	Trabaja	Evitar: Aplicar el instructivo de validación de derechos. Reducir: Aplicar la política de seguridad del paciente de los 2 identificadores. Mitigar: identificación de

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas			identidad al usuario • Intención por parte del funcionario • Usuarios que en base de datos tienen homónimos • Errores de digitación del documento de identidad o del nombre y/o apellido del usuario	• Suplantación de usuarios • Daño físico-moral irreversibles en el paciente • Reprocesos en el plan de intervención • Diagnóstico y/o tratamiento incorrecto				paciente: Estrategia los 2 identificadores • Procedimiento de inducción y reintroducción			inconsistencias y corrección de las bases
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos legales y reglamentarios	Atenciones sin consultar la historia clínica	3	• Caída del sistema • Historia física no se encuentra en el archivo • Negligencia del personal asistencial • Congestión del servicio	• Diagnósticos errados • Reacciones alérgicas • Demandas a la institución • Procesos disciplinarios • Pérdida de imagen institucional	20	60	Incapable	• Procedimiento de consulta odontológica programada	40	Importante	Reducir: • Auditoría de adherencia a las guías odontológicas basadas en la evidencia • Auditoría al diligenciamiento completo de la historia clínica • Monitoreo al plan de contingencia para caídas del sistema Transferir: • Acciones de repetición contra el empleado ante demandas • Procesos disciplinarios
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos legales y reglamentarios	No diligenciamiento o inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	3	• Caída del sistema • Negligencia por parte del funcionario • Falta de ética profesional • Incumplimiento de la Resolución 1995 de 1999	• Pérdida en imagen institucional • Daño físico-moral irreversibles en el usuario • Menor efectividad en el diagnóstico y/o tratamiento • Reprocesos en el plan de intervención • Demandas y procesos legales y/o disciplinarios en los cuales la institución incurra	20	60	Incapable	• Auditoría a la Historia Clínica • Plan de contingencia para fallas en el sistema • Procedimiento de inducción y entrenamiento • Código de ética	40	Importante	Evitar: • Aplicar el plan de contingencia para fallas en el sistema Reducir: • Desarrollar procesos de sensibilización y capacitación en forma periódica por procesos. • Auditar historia clínica • Incluir el plan de contingencia en las inducciones y reintroducciones Mitigar: Hacer notas aclaratorias en la historia clínica Transferir: Adelantar procesos disciplinarios ante funcionarios

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob. <i>Calif.</i>	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						<i>Calif.</i>	Zona		<i>Calif.</i>	Zona	
											negligentes
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos legales y reglamentarios	No diligenciamiento del consentimiento informado	3	• Negligencia por parte del profesional • Falta de ética profesional • Incumplimiento de la Resolución 1995 de 1999	• Insatisfacción del usuario • Daño físico y/o moral al usuario • Demandas al profesional y a la institución	20	60	Inapropiado	• Resolución 1995 de 1999 • Procedimientos documentados de los diferentes procesos • Consentimiento Informado	40	Alta	Reducir: • Desarrollar procesos de sensibilización y capacitación en forma periódica por procesos. • Auditar historia clínica y a consentimientos informados Mitigar: • Explicación al usuario y su familia en caso requerido. • Hacer notas aclaratorias en la historia clínica Transferir: Adelantar procesos disciplinarios ante funcionarios negligentes.
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente • Requisitos legales y reglamentarios	Aplicación de dosis incorrectas	1	• No aplicación de la política de seguridad del paciente • No cumplimiento de los 10 correctos en la administración de medicamentos. • Órdenes verbales • Congestión del servicio • No adherencia a guías y protocolos de manejo • Interpretación errónea de la orden	• Reacciones alérgicas severas • Daños sistémicos • Demandas a la institución • Procesos disciplinarios • Pérdida de imagen institucional	20	20	Mediano	• Política de Seguridad del Paciente • Guías y protocolos institucionales • 10 correctos en la administración de medicamentos	20	Mediano	Evitar: Aplicación adecuada de los 10 correctos en la administración de medicamentos Reducir: • Rondas de seguridad del paciente • Actualizaciones permanentes sobre seguridad del paciente • Auditoría de adherencia a guías Transferir: • Acciones de repetición contra el empleado ante demandas • Procesos disciplinarios
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente	No adherencia a guías y protocolos de manejo	2	• Inexistencia de guías y protocolos • Falta de socialización de guías y protocolos • Desatención por parte de los funcionarios	• Falta de estandarización en el manejo de los usuarios • Ineficacia en los diagnósticos y tratamientos • Eventos adversos • Reingresos frecuentes	20	40	Importante	• Guías y Protocolos Institucionales aprobados • Código de Ética • Instrumentos de auditoría	40	Alta	Evitar: • Establecer controles en la historia clínica dinámica • Selección del personal de acuerdo a sus competencias funcionales y competencias comportamentales

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
cliente Requisitos legales y reglamentarios				por la misma causa •Aumento en los costos para la institución •insatisfacción del usuario •Procesos legales							<u>Reducir:</u> •Sensibilización y capacitaciones sobre la importancia del código de ética, y guías y protocolos institucionales. •Auditorías de adherencia a guías y protocolos <u>Mitigar:</u> •Hacer notas aclaratorias en la historia clínica •Replantear diagnósticos y tratamientos <u>Transferir:</u> Procesos

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos legales y reglamentarios • Requisitos legales y reglamentarios	No cumplimiento de normas de bioseguridad	1	•No disponibilidad de elementos de protección laboral •Falta de conciencia por parte del funcionario •Irresponsabilidad del funcionario •Uso parcial de elementos de protección •Falta de verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad	•Transmisión de enfermedades infectocontagiosas intrahospitalarias •Incapacidad Laboral •Accidente Laboral •Deterioro de la salud del funcionario y del usuario •Deterioro de la imagen institucional •Demandas	20	20	Modesto	• Manual de Bioseguridad • Políticas de operación de los diferentes procedimientos	10	Traslado	Evitar: •Aplicación el Manual de Bioseguridad Reducir: •Socialización y retroalimentación del Manual de Bioseguridad a los funcionarios •Realización de Rondas de Seguridad del Paciente Mitigar: •Reporte a la ARP •Cumplimiento de Protocolo de Manejo según el caso Transferir: •Instaurar procesos legales y disciplinarios al funcionario responsable de suministrar los implementos de protección •Instaurar procesos legales y disciplinarios al funcionario afectado
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios.	Toma de radiografías a mujeres embarazadas	1	•Inadecuado interrogatorio a la usuaria antes de tomar el estudio. •No revisión previa de la historia clínica •Ocultamiento por parte de la usuaria de su estado de gestación •Desconocimiento por parte de la usuaria •Desatención por parte del funcionario	•Mal formaciones en el desarrollo del embrión en el primer trimestre •Procesos legales •Deterioro de la imagen institucional	20	20	Modesto	• Guía para la toma de Radiografías Periapicales. • Lista de riesgos, incidentes y eventos adversos en el servicio.	5	Importante	Evitar: Aplicar la guía para la toma de Radiografías Periapicales Reducir: Capacitación permanente a los funcionarios responsables de la toma de rayos x Transferir: Replicar las demandas a los funcionarios responsables.

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob. <i>Calif.</i>	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						<i>Calif.</i>	Zona		<i>Calif.</i>	Zona	
Interno: • Personal • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas	Agresión física y/o moral en la atención a pacientes	2	• Problemas personales del funcionario • Carga laboral del funcionario • Enfermedad mental del funcionario • Incumplimiento a las políticas institucionales por parte del funcionario • Usuario agresivo • Usuario irrespetuoso • Usuario bajo efectos de alcohol y sustancias psicoactivas	• Procesos legales y/o disciplinarios • Deterioro de la imagen institucional • Daño físico y/o moral al usuario y/o funcionario • Abuso o violencia sexual	20	40	Importante	• Derechos y deberes del usuario • Manual de convivencia • Manual del usuario • Código de Ética	20	Modesto	Reducir: • Educación a los usuarios sobre sus derechos y deberes. • Capacitación a los funcionarios sobre políticas institucionales. Mitigar: • Solicitar apoyo al equipo de trabajo • Informar a las autoridades respectivas Transferir: Instaurar procesos legales y disciplinarios al responsable

- Promoción y mantenimiento de la salud – Consulta Externa General (CP-CEX-001)

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-CEX-001
			Versión: 002
	Proceso: Consulta Externa Vacunación	Responsable: Coordinador médico y Líder de Vacunación	Fecha: junio de 2024

COPIA CONTROLADA

Objetivo: Reducir de la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, alcanzar y mantener coberturas de vacunación del 95% por biológico y el 90% de cobertura con esquema completo en cada grupo de edad.	Alcance: El proceso inicia desde la caracterización de la población a inmunizar y termina con la población objeto con esquema de vacunación completo
--	---

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de control, legislación y regulación – EAPB - Direccionamiento Institucional - Programa Ampliado de Inmunizaciones - Gestión de compras y suministros - Gestión del talento humano - Gestión del ambiente físico - Gestión de la información y las comunicaciones - Promoción y mantenimiento de la salud - Gestión del talento humano - Gestión del ambiente físico - Gestión de la información y las comunicaciones - Promoción y mantenimiento de la salud - Comunicaciones - Gestión documental - Admisiones y facturación	- Normatividad - Políticas institucionales y directrices - Planta de personal y contratistas - Capacidad instalada - Directrices del plan de compras - Lineamiento del programa ampliado de inmunizaciones - Guía de prácticas clínicas	P	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Planificar la prestación del servicio - Asegurar la disponibilidad de los recursos	- Normograma - Actas de grupo primario - Cuadro de turno - Protocolos y procedimientos del plan de ampliado de inmunizaciones - Necesidades de recursos	- Gestión documental - Direccionamiento institucional - Mejoramiento continuo y SGC - Entes de control – EAPB - Aseguradores y partes interesadas - Admisiones y facturación - Gestión del talento humano - Gestión de suministros y compras
- Gestión del talento humano - Gestión del ambiente físico - Gestión de la información y las comunicaciones - Promoción y mantenimiento de la salud - Comunicaciones - Gestión documental - Admisiones y facturación	- Recursos disponibles - Agendamiento de pacientes - Demanda inducida - Información del paciente - Protocolos y procedimientos - Guías de práctica clínica - Procedimiento para la gestión de eventos adversos - Normatividad - Directrices del Plan ampliado de inmunizaciones	H	- Alistar el puesto del trabajo y pilas - Registro diario en historia clínica y PAIWEB - Preparación de biológico - Información y educación al usuario - Aplicación del biológico	- Registro diario en historia Clínica - Registro en PAIWEB - Registro de demanda inducida - Registro de eventos adversos - Consentimiento informado - Ordenes de vacunación - Cartel de vacunación	- Aseguradoras, usuarios y partes interesadas - Entes de control - Mejoramiento continuo - Promoción y mantenimiento - Consulta Externa - Gestión de la información
- Gestión de Sistemas e Información - Evaluación Independiente - Entes de Control - Mejoramiento Continuo - Proceso en general - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Institucional - Gestión Documental	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	V	- Analizar las estadísticas e indicadores de gestión - Analizar los informes de auditorías - Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles - preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
Mejoramiento Continuo	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A	Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- No reutilización de insumos – política de no uso - Atender al usuario según las guías y protocolos - Aplicar las buenas prácticas de seguridad del paciente - Aplicar las normas de bioseguridad - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables - Garantizar las condiciones de privacidad - Monitoreo permanente a la actualización de agendas médicas asistenciales - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables - Diligenciamiento adecuado y completo de las historias clínicas y consentimiento informado	- Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos - Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario - Ajustar el cuadro de turnos - Implementar el plan de contingencia para fallas de sistemas de información - Implementar el plan de contingencia en caso de fallas de suministro eléctrico - Suspender atención en caso de suplantación - Realizar análisis y gestión de reportes relacionados con a la seguridad del paciente.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Coordinador Médico y Líder del servicio. Todo el talento humano que se requiere para la prestación del servicio Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 3100 de 2019)	Todos los documentos relacionados en el SGC asociados al proceso de vacunación contenidos en el listado maestro de documentos	- 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 - 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

		- 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - 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. - Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de las historias clínicas en el territorio nacional - 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. - 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. - 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,

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión de la información y las comunicaciones - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V 17. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión 18. Analizar los informes de auditorías 19. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales 20. Seguimiento a planes de mejoramiento 21. Monitorear los riesgos del proceso 22. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A 23. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Verificación de las fechas de vencimiento de los medicamentos. - Realización de Rondas de Seguridad - Verificación del cumplimiento de los 10 CORRECTOS en la administración de medicamentos. - Atender al usuario según las guías, protocolos y buenas prácticas de seguridad del paciente - Verificar la disponibilidad y existencia de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento del paciente hospitalizado - Seguimiento y control de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio en los carros de paro y red de oxígeno. - Seguimiento y control a las condiciones de asepsia en cada una de las habitaciones - Verificación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los funcionarios - Restringir el ingreso de personal no autorizado a las áreas de hospitalización.	- Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. - Retirar el personal no autorizado de las áreas restringidas. - Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario - Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida. - Ajustar el cuadro de turnos médico y de enfermería. - Restablecer condiciones del Stock de medicamentos y dispositivos médicos, carros de paro y red de oxígeno. - Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información.

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Identificación y comunicación oportuna de pacientes con diagnósticos que requieren aislamiento. - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. - Garantizar las condiciones de privacidad. - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables - Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas.	

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Subgerente Científico, Coordinador de Enfermería, Enfermeras Auxiliares, Enfermera Jefe, Médicos, Personal Asistencial Adicional. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014)	PR Servicio de Hospitalización PR Servicio de Alimentación	- 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 - Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - 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. - 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 - Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud - Ley 1438 del 19 de enero del 2011 conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. - Ley 23 de 1981 (Ética Médica) - Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) - Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) - Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) - Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) - Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas) - Guías Médicas para Hospitalización - Guías de Enfermería para Hospitalización

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											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas	No prestación del servicio	3	• No presenta documentos de identidad • Usuario no activo para la prestación del servicio • Malas prácticas • Llegar tarde a la cita • Falta de recurso humano • Mala programación de cuadro de turno • Cierre de servicios por inadecuada planeación de recursos • Error en la asignación de citas • No se siguen directrices institucionales	• Usuarios insatisfechos • Deterioro de la imagen institucional • Deterioro en oportunidad de citas • Gasto institucional por pérdida del tiempo del funcionario • Deterioro del estado de salud del usuario	10	30	Importante	• Anexos # 1 de la resolución 3047 de 2009 diligenciados • Cuadro de turnos actualizados • Políticas de comunicación institucional • Instructivo de validación de derechos.	20	Mediana	Evitar: • Aplicar el instructivo de validación de derechos. • Planear adecuadamente los recursos. Reducir: • Verificar constantemente el cuadro de turnos y profesionales disponibles. • Educación en derechos y deberes. • Educación en higiene bucal. • Capacitación al personal de admisiones. Mitigar: Reprogramación de la atención al usuario. Transferir: establecer medidas disciplinarias frente al responsable.
Interno: • Personal • Procesos y procedimientos	Atención a menores de edad o personas en	3	• Incumplimiento de las políticas institucionales	• Demandas a la institución • Procesos disciplinarios • Perjuicios morales y económicos	10	30	Importante	• Procedimiento Servicio de Hospitalización	20	Mediana	Evitar: • Despliegue y verificación del entendimiento del procedimiento.

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Externo: •Requisitos del cliente. •Requisitos legales y reglamentarios. •Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas	situación de discapacidad mental sin acompañante			•Pérdida de imagen institucional •Diagnósticos errados •Inadecuada adherencia al tratamiento •Abuso o violencia sexual							Reducir: •Educación permanente a la comunidad sobre la importancia del acompañante para los menores de edad y discapacitados. •Sensibilizar a todo el personal de la institución sobre la importancia de que siempre los menores de edad y los discapacitados tengan un acompañante a la hora de solicitar el servicio. Transferir: •Acciones de repetición contra el empleado ante demandas •Procesos disciplinarios
Interno: •Personal •Controles existentes •Procesos y procedimientos Externo: •Requisitos del cliente. •Requisitos legales y reglamentarios. •Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas	Inadecuada identificación del usuario	3	•Personal no capacitado •No verificación del usuario con los 2 identificadores: nombres completos y documento de identidad •No exigir el documento de identidad al usuario •Inatención por parte del funcionario •Usuarios que en base de datos tienen homónimos •Errores de digitación del documento de identidad o del nombre y/o apellido del usuario	•Glosas •Pérdida económica •Historias Clínicas con información incorrecta •Duplicidad de historia clínica •Atención al usuario incorrecto •Suplantación de usuarios •Daño físico-moral irreversible en el paciente •Reprocesos en el plan de intervención •Diagnóstico y/o tratamiento incorrecto	20	60	Incapable	• Documentos de identidad originales • Autorizaciones para la prestación del servicio por escrito • Política de seguridad del paciente: Estrategia los 2 identificadores • Procedimiento de inducción y reinducción	10	Trasera	Evitar: Aplicar el instructivo de validación de derechos. Reducir: Aplicar la política de seguridad del paciente de los 2 identificadores. Mitigar: Identificación de inconsistencias y corrección de las mismas
Interno: •Controles existentes •Procesos y procedimientos Externo: •Requisitos	Atenciones sin consultar la historia clínica	3	•Caída del sistema •Historia física no se encuentra en el archivo •Negligencia del personal asistencial •Congestión del servicio	•Diagnósticos errados •Reacciones alérgicas •Demandas a la institución •Procesos disciplinarios •Pérdida de imagen institucional	20	60	Incapable	• Procedimiento de Servicio de Hospitalización	40	Importante	Reducir: •Auditoría de adherencia a las guías odontológicas basadas en la evidencia •Auditoría al diligenciamiento completo de la historia clínica •Monitoreo al plan de contingencia para caídas del

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente • Requisitos legales y reglamentarios	dosificación incorrecta		paciente • No cumplimiento de los 10 correctos en la administración de medicamentos. • Órdenes médicas verbales • Congestión del servicio • No adherencia a guías y protocolos de manejo • Interpretación errónea de la orden médica	• Daños sistémicos • Demandas a la institución • Procesos disciplinarios • Pérdida de imagen institucional				Paciente • Guías y protocolos institucionales • 10 correctos en la administración de medicamentos			administración de medicamentos Reducir: • Rondas de seguridad del paciente • Actualizaciones permanentes sobre seguridad del paciente • Auditoría de adherencia a guías Transferir: • Acciones de repetición contra el empleado ante demandas • Procesos disciplinarios
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente Requisitos legales y reglamentarios	No adherencia a guías y protocolos de manejo	2	• Inexistencia de guías y protocolos • Falta de socialización de guías y protocolos • Desatención por parte de los funcionarios	• Falta de estandarización en el manejo de los usuarios • Ineficacia en los diagnósticos y tratamientos • Eventos adversos • Reingresos frecuentes por la misma causa • Aumento en los costos para la institución • Insatisfacción del usuario • Procesos legales	20	40	Importante	• Guías y Protocolos Institucionales aprobados • Código de Ética • Instrumentos de auditoría	40	Importante	Evitar: • Establecer controles en la historia clínica dinámica • Selección del personal de acuerdo a sus competencias funcionales y comportamentales Reducir: • Sensibilización y capacitaciones sobre la importancia del código de ética y guías y protocolos institucionales • Auditorías de adherencia a guías y protocolos Mitigar: • Hacer notas aclaratorias en la historia clínica • Replantear diagnósticos y tratamientos Transferir: Procesos disciplinarios y legales
Interno: • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos del cliente	Deterioro de la condición clínica del paciente	2	• Inadecuado manejo de dispositivos médicos • Demora en el traslado del paciente • No realización del triage • Congestión del servicio • No adherencia a guías y protocolos institucionales • Negligencia por parte del	• Faltas orgánicas multisistémicas • Procesos legales • Procesos disciplinarios • Pérdida de imagen institucional • Daño físico y/o moral al usuario • Pérdida económica para	20	40	Importante	• Política de seguridad del paciente • Guía de triage • Guías y protocolos médicos	40	Importante	Evitar: • Realizar triage • Diagnóstico y seguimiento oportuno al usuario Reducir: • Auditoría de adherencia a guías y protocolos

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
• Requisitos legales y reglamentarios			personal asistencial • No adherencia a la política de seguridad del paciente • Falta de oportunidad en la atención • Demora en la aceptación del usuario en la red de servicios • Demora en la identificación del deterioro del paciente • Demora en la solicitud de la atención por parte del usuario	el usuario y su familia • Aumento de los costos para la institución							• Rondas de seguridad del paciente • Actualizaciones a todo el personal asistencial Transferir: • Acciones de repetición contra el empleado ante demandas • Procesos disciplinarios
Interno: • Personal • Controles existentes • Procesos y procedimientos Externo: • Requisitos legales y reglamentarios • Requisitos legales y reglamentarios	No cumplimiento de normas de bioseguridad	1	• No disponibilidad de elementos de protección laboral • Falta de conciencia por parte del funcionario • Responsabilidad del funcionario • Uso parcial de elementos de protección • Falta de verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad	• Transmisión de enfermedades infectocontagiosas intrahospitalarias • Incapacidad Laboral • Accidente Laboral • Deterioro de la salud del funcionario y del usuario • Deterioro de la imagen institucional • Demandas	20	20	Mediano	• Manual de Bioseguridad • Políticas de operación de los diferentes procedimientos	10	Tolerable	Evitar: • Aplicación del Manual de Bioseguridad Reducir: • Socialización y retroalimentación del Manual de Bioseguridad a los funcionarios • Realización de Rondas de Seguridad del Paciente Mitigar: • Reporte a la ARP • Cumplimiento de Protocolo de Manejo según el caso Transferir: • Instaurar procesos legales y disciplinarios al funcionario responsable de suministrar los implementos de protección • Instaurar procesos legales y disciplinarios al funcionario afectado
Interno: • Personal • Procesos y procedimientos	Agresión física y/o moral en la atención a pacientes	2	• Problemas personales del funcionario • Carga laboral del funcionario • Enfermedad mental del funcionario	• Procesos legales y/o disciplinarios • Deterioro de la imagen institucional • Daño físico y/o moral al usuario y/o funcionario	20	40	Importante	• Derechos y deberes del usuario • Manual de convivencia • Manual del usuario	20	Mediano	Reducir: • Educación a los usuarios sobre sus derechos y deberes. • Capacitación a los funcionarios sobre políticas institucionales.

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Galt.	Zona		Galt.	Zona	
Externo: • Requisitos del cliente. • Requisitos legales y reglamentarios. • Condiciones sociales, culturales, económicas, públicas y políticas			• Incumplimiento a las políticas institucionales por parte del funcionario • Usuario agresivo • Usuario irrespetuoso • Usuario bajo efectos de alcohol y sustancias psicoactivas	• Abuso o violencia sexual				• Código de Ética			Mitigar: • Solicitar apoyo al equipo de trabajo • Informar a las autoridades respectivas Transferir: Instaurar procesos legales y disciplinarios al responsable

- Hospitalización (CP-HOS-001).

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-HOS-001
			Versión: 002
	Proceso: Hospitalización	Responsable: Subgerente Científico y Líder de Enfermería	Fecha: <u>Noviembre</u> 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
- Entes de control, legislación y regulación - Direccionamiento Estratégico - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Gestión de la información y las Comunicaciones - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y servicios	- Normatividad - Políticas y directrices institucionales - Planta de personal y contratistas - Capacidad instalada - Directrices del Plan de Compras	P	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Definir las características de calidad para los servicios - Planificar la prestación del servicio - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Acta de grupo primario - Plan Operativo de Producción - Cuadro de turnos médico y de enfermería - Necesidades de recursos	- Gestión Documental - Direccionamiento Estratégico - Mejoramiento Continuo - Seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno - Entes de control - Aseguradoras, usuarios y partes interesadas - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y servicios
- Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente Físico - Gestión de Bienes y servicios - Admisiones y Facturación - Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Gestión Documental	- Recursos disponibles - Directrices para la Admisión - Información del paciente - Propiedad del usuario - Guías y protocolos - Historia Clínica dinámica - Políticas y procedimientos médicos, de enfermería, de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental - Procedimientos para la gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Normatividad - Directrices de Facturación	H	- Alistar los puestos de trabajo y habitaciones - Realizar el ingreso y ubicación del paciente de acuerdo al diagnóstico - Identificar y salvaguardar los bienes que son propiedad del usuario - Asegurar las condiciones para la restricción de áreas, si es necesario. (Aislamientos por Enfermedad o por Seguridad) - Realizar atención, cuidados y aplicar tratamiento según ordenes médicas y acorde a las guías y protocolos - Efectuar seguimiento a la evolución del paciente y ajustar conducta, si es necesario. - Definir conducta y manejo de egreso - Reportar los eventos asociados a la seguridad del paciente - Realizar educación al usuario y su familia - Generar reportes de información legal y reglamentaria - Realizar el egreso del paciente; remisión o salida, y solicitar facturación	- Condiciones controladas - Historia Clínica dinámica - Acta de propiedad del usuario - Consentimiento informado - Registros del tratamiento, seguimiento y evaluación del paciente - Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Registros de educación - Reportes de información legal y reglamentaria - Registros de egreso	- Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Entes de control - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno - Gestión Documental - Mejoramiento Continuo - Procesos Misionales

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión de la información y las comunicaciones - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V	- Analizar las estadísticas e indicadores de gestión - Analizar los informes de auditorías - Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A	Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. Verificación de las fechas de vencimiento de los medicamentos. 2. Realización de Rondas de Seguridad 3. Verificación del cumplimiento de los 10 CORRECTOS en la administración de medicamentos. 4. Atender al usuario según las guías, protocolos y buenas prácticas de seguridad del paciente 5. Verificar la disponibilidad y existencia de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento del paciente hospitalizado 6. Seguimiento y control de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio en los carros de paro y red de oxígeno. 7. Seguimiento y control a las condiciones de asepsia en cada una de las habitaciones 8. Verificación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los funcionarios 9. Restringir el ingreso de personal no autorizado a las áreas de hospitalización. 10. Identificación y comunicación oportuna de pacientes con diagnósticos que requieren aislamiento. 11. Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. 12. Garantizar las condiciones de privacidad. 13. Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables 14. Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas.	1. Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. 2. Retirar el personal no autorizado de las áreas restringidas. 3. Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario 4. Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida. 5. Ajustar el cuadro de turnos médico y de enfermería. 6. Restablecer condiciones del Stock de medicamentos y dispositivos médicos, carros de paro y red de oxígeno. 7. Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Subgerente Científico, Coordinador de Enfermería, Enfermeras Auxiliares, Enfermera jefe, Médicos, Personal Asistencial Adicional. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014	PR-HOS-010 Procedimiento para la solicitud de nutrición en el servicio de Hospitalización. GHO-ENF-449 Guía toma muestra gasometría arterial 1. GHO-ENF-431 Guía de enfermería para la toma de signos vitales 1. GHO-ENF-432 Guía de enfermería curaciones 1. GHO-ENF-434 Guía de enfermería asistencia al usuario con drenajes. GHO-ENF-438 Guía enfermería trasfusión sanguínea 1. GHO-ENF-443 Guía inserción, fijación y retiro sonda nasogástrica 1. GHO-ENF-444 Protocolo sonda vesical 1. GHO-ENF-445 Guía enfermería tomas muestras laboratorio 1. GHO-ENF-447 Guía de enfermería toma de glucometría 1. GHO-ENF-450 Guía de enfermería toma de muestra para hemocultivos 1. GHO-ENF-453 Guía de enfermería administración de líquidos parenterales 1. GSF-SUM-400 Guía de enfermería administración de medicamentos 1. PO-PPA-005 Entrega de turnos de Enfermería. PO-PPA-006 Inserción, mito y retiro de Catéter Venoso Central. PO-SPA-012 Catéter Periférico. PO-URG-002 Control de líquidos.	• 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 • Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social • 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. • 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 • Ley 1751 del 18 Febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud • Ley 1438 del 19 de Enero del 2011 conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. • Ley 23 de 1981 (Ética Médica) • Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) • Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) • Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) • Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) • Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas) • Guías Médicas para Hospitalización • Guías de Enfermería para Hospitalización

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-PP-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-PP-006 Cateterismo vesical. GU-PP-015 Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. PO-FIS-008 Protocolo actividades de rehabilitación de movilización temprana en UCI.	
--	--

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)

CONFORMACIÓN DEL RIESGO						ANÁLISIS DEL RIESGO IDENTIFICADO				PULSACIONES RIESGO - VALORACIÓN POR LOS CENTROS DE										PULSACIONES RIESGO - NIVEL RIESGO			
Tipología del Riesgo	Definición	¿Cómo se mide?	¿Qué se mide?	¿Qué se mide?	¿Qué se mide?	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Gravedad	Control	Prevención	Monitoreo	Alerta	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión	Revisión
101	Hospitalización	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
102	Hospitalización	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
103	Hospitalización	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
104	Hospitalización	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
105	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
106	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
107	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
108	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
109	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los
110	UCI - UCI	Exposición y exposición	Medio de exposición	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los	Exposición en los

- Urgencias (CP-URG-001).

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

COPIA CONTROLADA

Objetivo: 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.

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
• Entes de control, legislación y regulación • Dirección Estratégica • Gestión del Ambiente y la Infraestructura • Gestión de la información y las comunicaciones • Gestión del Talento Humano • Gestión de Bienes y servicios	• Normatividad • Políticas y directrices institucionales • Planta de personal y contratistas • Capacidad instalada • Directivos del Plan de Compras	1. Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables 2. Reconocer las políticas y directrices institucionales 3. Planificar la prestación del servicio 4. Asegurar la disponibilidad de recursos	• Normograma • Acta de grupo primario • Plan Operativo • Cuadro de turnos médicos y de enfermería. • Necesidades de recursos	• Gestión Documental • Dirección Estratégica • Mejoramiento Continuo • Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno • Entes de control • Aseguradoras, usuarios y partes interesadas • Gestión del Talento Humano • Gestión de Compras y Suministros

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión del Talento Humano - Gestión del Ambiente y la Infraestructura - Gestión de Bienes y servicios - Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Gestión Documental - Mejoramiento Continuo - Admisiones y Facturación	- Recursos disponibles - Información del paciente - Propiedad del usuario - Guías y protocolos - Historia Clínica dinámica - Políticas y procedimientos médicos, de enfermería, de seguridad del paciente, de bioseguridad y de gestión ambiental - Procedimientos para la gestión de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Políticas de P y P - Normatividad - Directrices de Facturación	5. Alistar los puestos de trabajo y consultorios 6. Realizar el triage o clasificación del paciente 7. Identificar y salvaguardar los bienes que son propiedad del usuario 8. Efectuar la ANAMNESIS 9. Realizar el examen y valoración médica 10. Definir la conducta de manejo 11. Realizar atención, cuidados y aplicar tratamiento según ordenes médicas y acorde a las guías y protocolos 12. Efectuar seguimiento a la evolución del paciente y ajustar conducta; si es necesario. 13. Definir conducta y manejo de egreso 14. Reportar los eventos relacionados con la seguridad del paciente 15. Realizar demanda inducida y educación al usuario y su familia 16. Generar reportes de información legal y reglamentaria 17. Realizar el egreso del paciente; salida, remisión, hospitalización o muerte, y solicitar facturación	- Condiciones controladas - Historia Clínica dinámica - Acta de propiedad del usuario - Consentimiento informado - Registros de tratamiento, seguimiento y evaluación del paciente - Informe de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Registro de demanda inducida - Reportes de información legal y reglamentaria - Registros de egreso	- Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Gestión Documental - Mejoramiento Continuo - Entes de control - Seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno - Procesos Misionales
- Gestión de la Información y las comunicaciones - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	18. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión 19. Analizar los informes de auditorías 20. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales 21. Seguimiento a planes de mejoramiento 22. Monitorear los riesgos del proceso 23. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	24. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Verificación de las fechas de vencimiento de los medicamentos. - Verificación del cumplimiento de los 10 CORRECTOS en la administración de medicamentos. - Verificación de la disponibilidad de la carpeta con los formatos físicos de la historia clínica en caso de contingencia - Atender al usuario según las guías y protocolos. - Seguimiento y control de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la prestación del servicio en los carros de paro y red de oxígeno. - Seguimiento y control a las condiciones de asepsia en los puntos de atención. - Verificación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los funcionarios - Verificación del cumplimiento de los protocolos de aislamiento - Mantener las condiciones necesarias para el traslado de pacientes. - Restringir el ingreso de personal no autorizado a las áreas de atención en salud. - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. - Garantizar las condiciones de privacidad. - Diligenciamiento adecuado y completo de las Historias Clínicas.	- Solicitar el ajuste o mantenimiento de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. - Hacer notas aclaratorias en la historia clínica en caso de ser necesario. - Solicitar al personal no autorizado la salida de las áreas restringidas. - Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida. - Ajustar el cuadro de turnos médico y de enfermería. - Restablecer condiciones del Stock de medicamentos y dispositivos médicos, carros de paro y red de oxígeno. - Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
físicos: 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 Humanos: Subgerente Científico, Líder de Enfermería, Enfermeras Auxiliares, Enfermera Jefe, Médicos, Conductor, Personal Asistencial Adicional. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014)	PR-URG-005 Procedimiento ronda médica. PO-PPA-024 Protocolo interconsultas. PO-HOS-001 Protocolo de recibo y entrega de turno por enfermería. PO-PP-001 Protocolo de enfermería para el control de líquidos. GA-PP-027 Plan de cuidados de enfermería. GA-PP-002 Administración de medicamentos. GA-PP-003 Guía de inmovilización de pacientes (sujeción de pacientes). GA-PP-005 Guía de enfermería tomas muestras laboratorio. PO-PP-006 Cateterismo vesical. GU-PP-015 Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. PR-URG-002 Procedimiento de atención al usuario en el servicio de urgencias procedimiento de atención al usuario en el servicio de urgencias. PO-URG-002 Protocolo para la selección y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias -triage. PO-URG-003 Protocolo para planeación de la prestación del servicio de urgencias cuando aumente la demanda. PR-URG-006 Área de transición. PO-PPA-025 Protocolo criterios de ingreso y egreso del paciente servicio de hospitalización. PO-PPA-029 Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio. PO-URG-002 Protocolo para la atención de los pacientes clasificados en triage IV y V. GU-PP-062 Guía de manejo para intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas, según oferta.	- Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - 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. - Ley 1751 del 16 febrero de 2015 – Ley Estatutaria de Salud - Ley 1438 del 19 de enero del 2011 Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. - Decreto 2759 de 1991 Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. - Ley 23 de 1981 (Ética Médica) - Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) - Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) - Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) - Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) - Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas) - Decreto 4747 de 2007 - Resolución 3047 de 2008 - Decreto 2759 de 1991 (Referencia y Contrarreferencia) - Decreto 3518 de 2006 (SIVIGILA) - Decreto 2323 de 2006 (Laboratorios) - Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas) - Resolución 5596 de 2015- certificación de la Formación en Triage, - Guías Médicas para Urgencias - Guías de Enfermería - Guía de Triage

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.	
---	--

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

“Trabajamos con amor por la vida”

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A 26. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Institucional - Evaluación Independiente - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Verificación del estado y condiciones adecuadas de los equipos biomédicos y dispositivos médicos para el uso. - Verificación de las fechas de vencimiento de los reactivos. - Verificación de la disponibilidad de los servicios públicos para la prestación del servicio - Verificación de la funcionalidad de los Sistemas de Información - Realización de procedimientos acorde a las guías y protocolos. - Realización de controles de calidad en todas las áreas del Laboratorio Clínico antes de realizar todas las técnicas. - Seguimiento y control al Stock mínimo de reactivos y dispositivos médicos. - Seguimiento y control a las condiciones de asepsia. - Restringir el ingreso de personal no autorizado a las diferentes áreas. - Socialización y revisión periódica de las guías y protocolos aplicables. - Garantizar las condiciones de privacidad. - Realizar correlación diagnóstica antes de la entrega de resultados.	- Solicitar el ajuste, mantenimiento o calibración de los equipos biomédicos y dispositivos médicos. - Retirar el personal no autorizado de las áreas restringidas. - Brindar tratamiento a la propiedad del usuario deteriorada o perdida. - Análisis y correctivos de controles de calidad. - Restablecer condiciones del Stock de reactivos y dispositivos médicos - Implementar el Plan de Contingencia para fallas en el sistema de información. - Confirmar resultados en límites muy altos o bajos de los valores de referencia.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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. Humanos: Subgerente Científico, Coordinadora de Ayudas Diagnósticas, Tecnólogo en Imágenes Diagnósticas, Bacteriólogos, Auxiliares de Laboratorio. Ambiente de Trabajo: Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos, Resolución 2003 de 2014 y Manual de Bioseguridad)	INS-ADI-003 Instructivo para el transporte de muestras. INS-ADI-004 Instructivo para la marcación de muestras de Laboratorio. MA-ADI-001 Manual de Citometría de Flujo. MA-TRA-01 Manual de Servicio Transfusional. MA-ADI-003 Manual de Microbiología. MA-ADI-005 Manual de Líquidos Estériles. MA-ADI-006 Manual de Transporte y Remisión de muestras. MA-ADI-008 Manual de Coagulación. MA-ADI-008 Manual de Reactivovigilancia. MA-ADI-009 Manual de Hematología. MA-ADI-010 Manual de Control de Calidad. MA-ADI-011 Manual de toma de muestras. MA-ADI-015 Manual de Validación de pruebas de Laboratorio. PR-ADI-001 Procedimiento para el manejo y envío de muestras a Patología. PR-ADI-002 Procedimiento para el envío de muestras para congelación. PR-ADI-003 Procedimiento para la limpieza y desinfección en el Laboratorio Clínico. PR-ADI-004 Procedimiento para la limpieza y desinfección del área de procesamiento de BK. PO-TRA- 001 Protocolo Gestión Pretransfusional. PO-TRA- 002 Protocolo stock, descarte y transporte de hemocomponentes. PO-ADI-002 Protocolo de radiografía simple. PO-ADI-003 Protocolo de Nefroprotección. PO-ADI-004 Protocolo drenaje de biopsias, toracocentesis guiada por TAC o ecografía.	- 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 - Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - 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. - 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 - Ley 1751 del 16 febrero de 2015 - Ley Estatutaria de Salud - Ley 1438 del 19 de enero del 2011 conocida como la Ley de la Reforma del sistema general de Seguridad Social en Salud. - Ley 23 de 1981 (Ética Médica) - Ley 09 de 1979; (Código Sanitario) - Ley 600 de 2000 (Medicina Legal) - Decreto 1295 de 1994 (Medicina Legal) - Decreto 917 de 1999 (Medicina Legal) - Resolución 1995 de 1999 (Manejo de Historias Clínicas) - Decreto 4747 de 2007 - Resolución 3047 de 2008 - NTC-ISO/IEC 17025

	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.	
	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 mieloide aguda (LMA) (1). PO-QMT-016 Protocolo de manejo de linfoma HODGKIN.	

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)

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO IDENTIFICADO				EVALUACIÓN DEL RIESGO - VALORACIÓN DE LOS CONTROLES										PUNTO DE CONTROL
CAUSA RAÍZ	QUEJAS	EFECTOS DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA EN LA QUE SE PRESENTA EL RIESGO	PREVALENCIA	%	OTROS EFECTOS	IMPACTO	%	SEAL DE RIESGO IDENTIFICADO	DESCRIPTOR DEL RIESGO	ANÁLISIS	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	ESTADO	
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO IDENTIFICADO				EVALUACIÓN DEL RIESGO - VALORACIÓN DE LOS CONTROLES										PUNTO DE CONTROL
CAUSA RAÍZ	QUEJAS	EFECTOS DEL RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	FRECUENCIA EN LA QUE SE PRESENTA EL RIESGO	PREVALENCIA	%	OTROS EFECTOS	IMPACTO	%	SEAL DE RIESGO IDENTIFICADO	DESCRIPTOR DEL RIESGO	ANÁLISIS	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	ESTADO	
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
El personal no está capacitado para el manejo de los resultados de laboratorio.	No se entregan los resultados de laboratorio a tiempo.	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	80%	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	El paciente no recibe el resultado de laboratorio a tiempo.	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

- Servicio farmacéutico (CP-GFA-001).

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GFA-001
	Proceso: Servicio Farmacéutico		Versión: 002
	Responsable: Subgerente Científico y Director Técnico Servicio Farmacéutico		Fecha: noviembre de 2022

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
- Entes de control, legislación y regulación - Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Gestión de la información y las comunicaciones - Gestión de bienes y servicios	- Normatividad - Contratos - Políticas y directrices institucionales - Comportamiento de datos históricos y epidemiológicos - Directrices del Plan de Compras	P - Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer los contratos con las EPS y ente territorial - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Definir las características y condiciones físicas y ambientales - Planificar la prestación del servicio - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Actas de comité - Condiciones Físicas y Ambientales Reglamentarias - Stock de máximos y mínimos - Listado Básico de medicamentos y dispositivos médicos - Listado de Precios - Necesidades de recursos	- Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de control - Aseguradoras y partes interesadas - Gestión del Ambiente y la Infraestructura - Gestión de bienes y servicios - Procesos Misionales - Usuarios

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Gestión de la información y las comunicaciones - Mejoramiento Continuo - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Usuarios y partes interesadas - Procesos Misionales - Admisiones y Facturación - Gestión de Bienes y servicios - Direccionamiento Estratégico - Proveedores - Mejoramiento Continuo	- Estadísticas - Cronogramas de grupos primarios y comités - Recursos disponibles - Órdenes de servicio y Solicitudes de pedido - Directrices de Admisiones y Facturación - Stock de máximos y mínimos - Listado de Precios - Listado Básico de medicamentos y dispositivos médicos - Contratos - Políticas comerciales e institucionales - Normatividad - Evento adverso o servicios no conformes identificados	H - Promover y controlar el servicio farmacéutico - Alistar puestos de trabajo y áreas del servicio. - Recepcionar y evaluar órdenes de medicamentos, servicios y solicitudes de pedido; según sistema de información - Dispensar los medicamentos y dispositivos médicos; Incluye <u>educación al usuario y su familia</u> - Efectuar el despacho de pedidos a los diferentes servicios - Asegurar la entrega de faltantes - Realizar seguimiento y control a Stocks y vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos - Desarrollar las acciones de farmacovigilancia y Tecnovigilancia - Realizar seguimiento y control a las condiciones ambientales - Reportar los eventos relacionados con la seguridad del paciente - Generar reportes de información legal y reglamentaria; si es necesario.	- Actas de reuniones - Registros de capacitación - Condiciones controladas - Registro de medicamentos de control especial y Facturas - Registros en el Sistema de Información - Registro de Entrega de Faltantes - Registro de Visitas y Control de Stocks - Actas de los Comités e informes de gestión - Reportes de condiciones ambientales - Reporte de eventos relacionados con la seguridad del paciente - Reportes de información legal y reglamentaria	- Direccionamiento Estratégico - Gestión del Talento Humano - Aseguradoras, usuarios y partes interesadas - Entes de control - Admisiones y Facturación - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno - Mejoramiento Continuo - Gestión de la información y las comunicaciones
- Gestión de la información y las comunicaciones - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Procesos del SICA - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V - Análisis de las estadísticas e indicadores de gestión - Análisis de los informes de auditorías - Análisis de los informes de <u>comités</u> institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

[illegible]

“Trabajamos con amor por la vida”

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

- **Proyectos especiales (CP-PRE-001).**

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-PRE-001
	Proceso: Proyectos Especiales	Responsable: Coordinador Médico y Líder del proyecto	Versión: 002 Fecha: junio de 2024

COPIA CONTROLADA

Objetivo: Ejecutar las actividades contractuales según el convenio o contrato	Alcance: Inicia desde la participación en la licitación de los proyectos emitidos por los entes municipales, departamentales y nacionales y termina con finalización del proyecto especial
--	---

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes municipales, departamentales y nacionales - Entes de control, legislación y regulación - Direccionamiento Estratégico - Gestión del Ambiente y la infraestructura - Gestión del Talento Humano - Gestión de la Información y las comunicaciones - Gestión de Bienes y servicios - EAPB - Programas Especiales	- Normatividad - Políticas y directrices institucionales - Planta de personal y contratistas - Capacidad instalada - Licitación	P - Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer las políticas y directrices institucionales - Planificar la prestación del servicio según requisitos normativos o contractuales - Realización de contrato o convenio - Asegurar la disponibilidad de recursos físicos y humanos	- Contrato o convenio - Normograma - Plan Operativo anual - Cuadro de turnos - Cronograma de ejecución de actividades - Necesidades de recursos	- Entes municipales, departamentales y nacionales - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de control - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y servicios
- Entes municipales, departamentales y nacionales - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de control - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y servicios	- Contrato o convenio - Normograma - Plan Operativo anual - Cuadro de turnos - Cronograma de ejecución de actividades - Necesidades de recursos	H - Realización de actividades contractuales - Informe de ejecución de actividades contractuales - Reunión de seguimiento a ejecución de actividades contractuales	- Informe de actividades contractuales - Actas de reunión	- Entes municipales, departamentales y nacionales - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de control - Gestión de la información y las comunicaciones
- Entes municipales, departamentales y nacionales - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y evaluación al sistema de control interno y SGC - Entes de control - Gestión de la información y las comunicaciones	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V - Análisis de los informes de ejecución de actividades contractuales - Seguimiento a la ejecución de actividades contractuales - Realización de planes de mejoramiento	- Seguimiento a actividades contractuales - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno y SGC - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control - Entes municipales, departamentales y nacionales - Mejoramiento continuo

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno y SGC - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control - Entes municipales, departamentales y nacionales - Mejoramiento continuo	- Seguimiento a actividades contractuales - Plan de Mejoramiento	A Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno y SGC - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control - Entes municipales, departamentales y nacionales - Mejoramiento continuo

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. Los controles preventivos dependen de los proyectos especiales.	1. Los controles correctivos dependen de los proyectos especiales.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Los espacios físicos, dotación e insumos depende del proyecto especial. Humanos: Coordinador Médico y Líder del servicio. Todo el talento humano que se requiere para la prestación del servicio Ambiente de Trabajo: Las condiciones depende según el proyecto especial	Todos los documentos relacionados con los proyectos especiales (Contrato o convenio)	La documentación externa depende los proyectos especiales

Indicadores (Ver Ficha Técnica)
Los indicadores dependen de cada proyecto especial

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

Riesgos
Los riesgos dependen de cada proyecto especial

C. Procesos de apoyo.

- Gestión del ambiente y la infraestructura (CP-GAI-001).

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GAI-001
			Versión: 002
	Proceso: Gestión del Ambiente y la Infraestructura	Responsable: Subgerente Administrativo y Subgerente Científico	Fecha: 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
- Entes de legislación, regulación y control - Direccionamiento Estratégico - Gestión Financiera - Procesos Institucionales - Gestión de Bienes y Servicios	- Normatividad - Recurso humano calificado - Planes y programas de vigencias anteriores - Diagnóstico sanitario y ambiental - Solicitudes de ambiente físico - Directrices del Plan de Compras	P - Identificar requisito legales y reglamentarios aplicables - Asignar responsabilidades para la gestión - 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) - Vigilancia, Mantenimiento, Lavandería y Aseo. - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Actos administrativos - Planes y programas - Contratos - Cronogramas - Necesidades de recursos	- Gestión Documental - Entes de control - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Gestión de Bienes y Servicios - Gestión Financiera

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Direccionamiento Estratégico - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y Servicios - Gestión Documental - Procesos Institucionales - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno - Mejoramiento Continuo - Entes de control	- PGIRASA actualizado y aprobado - Directrices de talento humano - Calendario de fechas ambientales - Plan de trabajo de Gestión Ambiental - Cronograma de Comité GAGAS - Contrato de Fumigación - Contrato con Laboratorio de aguas Certificado - Recursos disponibles - Históricos de consumo - Material educativo y de sensibilización - PGIRASA - Listas de chequeo - Contrato con Gestor externo - Planilla de pesajes de residuos diarios - Matriz de indicadores - Contrato con Gestor externo de residuos aprovechables - Herramienta de diagnóstico - Resultados de la encuesta - Implementación de estrategias	H - Ejecutar el Plan de trabajo de Gestión Ambiental 6.1 Programa de Gestión ambiental - Sensibilizar y capacitar en el Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios asociados a la atención en salud y realizar educación ambiental - Ejecutar el comité Grupo de Gestión Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria GAGAS - Garantizar el control y manejo de plagas y vectores - Realizar la caracterización anual de vertimientos - Asegurar el mantenimiento de zonas verdes 6.2 Programa uso racional del agua y la energía - Implementar medidas que propendan por el ahorro y uso racional del recurso de agua y la energía 6.3 Programa Gestión integral de residuos - Implementar el Plan de gestión integral de residuos - Realizar control, educación y seguimiento interno a la adecuada disposición, por medio de rondas y auditorías - Velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales del Gestor externo - Realizar la cuantificación, el cálculo y el análisis de los indicadores de destinación y reportar los indicadores a la secretaría de Salud - Gestionar el adecuado aprovechamiento de los residuos reciclables 6.4 Plan empresarial de movilidad sostenible - Aplicar encuesta diagnóstica: origen-destino a colaboradores. - Plantear estrategias para promover la movilidad sostenible, de acuerdo a los hallazgos - Realizar seguimiento y evaluación de la implementación - Realizar seguimiento y evaluación al Plan de trabajo de la Gestión ambiental - Generar informes de gestión	- Registros de asistencia - Registros de inducción y la Reinducción - Conmemoración de fechas ambientales - Registros de ejecución del Plan de Trabajo - Informes de avance y ajustes a los programas - Informes de gestión - Campañas educativas - Registros de sensibilización - Indicadores de cumplimiento - PGIRASA implementado - Informes de Auditorías y rondas - Listas de chequeo - Auditorías externas - Reporte RH1 - Reporte GAGAS - Beneficios ambientales - Indicadores de cumplimiento - Encuesta aplicada - Estrategias planteadas - Informes de seguimiento y evaluación - Informes de seguimiento - Indicadores de cumplimiento - Informes	- Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Entes de control y partes interesadas - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Entes de Control - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V - Análisis las estadísticas e indicadores de gestión - Análisis los informes de auditorías - Análisis los informes de comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles y correctivos y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Actas de Comités - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Socialización y comunicación oportuna de los planes y - Actualización o ajuste necesario de los planes - Actualización de las hojas de vida de los equipos y fichas técnicas de los insumos químicos y radiológicos. - Seguimiento a las áreas para verificar la aplicación de los planes y políticas establecidas. - Identificación y separación adecuada de la ropería. - Seguimiento y control a la dosificación y medición de los productos de aseo, desinfección, esterilización y lavandería. - Advertencia oportuna y adecuada para la limpieza y aseo de áreas potenciales de contaminación. - Mantenimiento de equipos bajo condiciones de seguridad. - Verificación de la desactivación de los desechos patológicos antes de la entrega para la disposición final. - Definición y aplicación de frecuencias estrictas para la verificación de equipos biomédicos y críticos para la prestación del servicio.	- Reprogramar los planes. - Identificación y retiro oportuno de los equipos y dispositivos no adecuados para el uso. - Corrección oportuna de anomalías detectadas durante el mantenimiento predictivo

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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) Humanos: Subgerente Administrativo, Subgerente Científico, Vigilantes, Personal de mantenimiento, Operarios y Auxiliares de Servicios Generales, responsables Asignados. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos y Resolución 2003 de 2014)	INS-GAI-001 Instructivo para el registro de información de niveles de referencia. PO-GAI-001 Protocolo para el mtto preventivo de RX Convencional. PO-GAI-002 Protocolo para el mtto preventivo de RX Portatil. PO-GAI-003 Protocolo para el mtto preventivo del Tomógrafo. PO-GAI-004 Protocolo para el mtto preventivo del Aro en C. PO-GAI-005 Protocolo mantenimiento bascula mecánica. PO-GAI-006 Protocolo mantenimiento cama. PO-GAI-007 Protocolo mantenimiento camilla. PO-GAI-008 Protocolo mantenimiento desfibrilador. PO-GAI-009 Protocolo mantenimiento electrobisturí. PO-GAI-010 Protocolo mantenimiento equipo de órganos. PO-GAI-011 Protocolo mantenimiento flujómetro. PO-GAI-012 Protocolo mantenimiento fonendoscopio. PO-GAI-013 Protocolo mantenimiento laringoscopio. PO-GAI-014 Protocolo mantenimiento mesa de cirugía. PO-GAI-015 Protocolo mantenimiento monitor de signos vitales. PO-GAI-016 Protocolo mantenimiento nevera. PO-GAI-017 Protocolo mantenimiento regulador de oxígeno. PO-GAI-018 Protocolo mantenimiento regulador de vacío. PO-GAI-019 Protocolo mantenimiento silla de ruedas. PO-GAI-020 Protocolo mantenimiento termohigrómetro. PO-GAI-021 Protocolo mantenimiento tensiómetro manual. PO-GAI-022 Protocolo mantenimiento tens. PO-GAI-023 Protocolo mantenimiento bicicleta estática. PO-GAI-024 Protocolo mantenimiento electrocardiografo. PO-GAI-025 Protocolo mantenimiento lampara oxiética. PO-GAI-026 Protocolo mantenimiento tanque hidrocolector. PO-GAI-027 Protocolo mantenimiento pipeta. PO-GAI-028 Protocolo mantenimiento sofá. PO-GAI-029 Protocolo mantenimiento centrifuga. PO-GAI-030 Protocolo mantenimiento agitador. PO-GAI-031 Protocolo mantenimiento electroestimulador. PO-GAI-032 Protocolo mantenimiento lampara de examen. PO-GAI-033 Protocolo mantenimiento nebulizador. PO-GAI-034 Protocolo mantenimiento aspirador. PO-GAI-035 Protocolo mantenimiento balanza.	- Resolución 4445 de 1996 - Decreto 351 de 2014 - Decreto número 2676 de 2000 - Decreto 1769 de 1994 - Decreto 1617 de 1996, reglamentado en sus Artículo 189 de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario, Circular 029 de 1997 - Decreto 1011 de 2006 (SOGC) - Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud - Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente - Protocolo de Londres - Decreto 2676 de 2000 (PGIRHS) - Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma) - Manual de Bioseguridad y Esterilización - Manual de Seguridad del Paciente - Manual de Gestión Ambiental - Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y similares - Plan de Emergencias - Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo - Plan Anual de Mantenimiento

	PN-GAI-008 Plan de mantenimiento de equipos biomédicos del Hospital La María 2022. PN-GAI-004 Plan de trabajo ambiental. PG-GAI-001 Formación y Educación PGRASA. PG-GAI-001 Programa de mantenimiento de zonas verdes. PL-GIN-001 PGRASA. 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 Comparando Ambiental. PR-GAI-005 Procedimiento para la descripción de Barreras de Seguridad ProtRad. PR-GAI-005 Procedimiento Fugas y Derrames. PR-GIN-008 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.	
--	--	--

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	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<u>Interno:</u> • Infraestructura • Procesos • Personal <u>Externo:</u> • Medio ambiente	Desastres naturales: Por inundación, incendio, terremoto y tormentas eléctricas	1	•Aumento del caudal de la quebrada aledaña •Falta de mantenimiento del cauce •Cortos en la red eléctrica •Mala manipulación de material inflamable •Desastres de la naturaleza •Ubicación geográfica	• Pérdidas económicas • Pérdida de vidas • Suspensión de servicios • Pérdida de la información	20	20	Moderado	• Plan de mantenimiento de las áreas adyacentes • Comité de Emergencias activo con su respectiva dotación • Plan de Emergencias • Póliza de seguros vigentes con cobertura de inventarios actualizados • Simulacros	20	Moderado	<u>Reducir:</u> •Dar estricto cumplimiento a los planes de mantenimiento y de emergencias. •Articulación del comité de emergencias con entidades e instituciones para la atención de desastres. •Capacitación al personal responsable. <u>Minimizar:</u> Activar los planes de contingencia. <u>Transferir:</u> Hacer efectivas las pólizas de seguros.
<u>Interno:</u> • Infraestructura • Personal <u>Externo:</u> • Sociales	Hurtos o robos al interior de la institución	3	•Falta de recursos •Ausencia del vigilante del puesto de trabajo •Descuidos por parte de los funcionarios en cada puesto de trabajo •Muchas puertas de entrada y salida sin control •Falta de cerramiento en toda la parte posterior de la institución •Hurtos o robos por parte de los funcionarios	• Pérdida de la información • Pérdida económica • Retrasos en la prestación de los servicios • Procesos legales y disciplinarios	20	60	Inaceptable	• Cámaras de seguridad • Cuadros de turnos de los vigilantes	40	Inapropiado	<u>Reducir:</u> •Disponer el recurso humano necesario •Hacer controles en las porterías •Cercar debidamente los linderos <u>Transferir:</u> •Hacer efectivas las pólizas de seguros •Establecer procesos disciplinarios y legales

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Interno: • Infraestructura • Personal • Tecnológicos Externo: • Económicos • Tecnología	No cumplimiento de los planes de mantenimiento: Daño de equipo Daño en las instalaciones de acueducto Daño en las instalaciones eléctricas Daños a la infraestructura (techos, paredes)	1	• Falta de recursos • Falta de disponibilidad en la infraestructura a intervenir • Personal no competente • Negligencia • Inadecuada formulación del Plan de Mantenimiento	• Pérdida de recursos • Suspensión de servicios • Pérdida de imagen Institucional • Daños a terceros • Enfermedades profesionales • Accidentes laborales • Procesos legales • Requerimientos de entes de control	20	20	Mediada	• Plan de mantenimiento actualizado • Pólizas de cobertura Institucional	20	Mediada	Reducir: • Seguimiento al plan de mantenimiento. • Disponibilidad de recursos para mantenimiento. Minimizar: • Afiliación del personal a la ARP. • Reformular el Plan de Mantenimiento Transferir: Establecer procesos disciplinarios al personal responsable.
Interno: • Infraestructura • Personal • Tecnológicos Externo: • Económicos	Inadecuada limpieza y asepsia Desinfección Esterilización Inactivación	1	• Falta de recursos • Personal no capacitado • Productos de mala calidad • Dosificaciones mal utilizadas • Esterilizador mal calibrado • No disponibilidad de los espacios	• Infecciones intrahospitalarias • Contaminación • Pérdida de Imagen Institucional • Procesos de responsabilidad civil	10	10	Tolerada	• Plan de Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares. • Manual de bioseguridad • Plan de mantenimiento y metrología	10	Tolerada	Evitar: Aplicar el Manual de Bioseguridad y el PGRHS. Reducir: • Rondas del comité de Gestión Ambiental y el COPASO. • Realizar rondas de verificación en productos y materiales. • Capacitar al personal responsable. Minimizar: Reprogramar la limpieza en las áreas afectadas.
Interno: • Infraestructura • Personal Externo: • Económicos	Contaminación o contagio con residuos hospitalarios	1	• Mal almacenamiento o disposición final de los residuos • No utilización de elementos de protección • Mala inactivación • Ausencia o inadecuada señalización de las rutas de evacuación para los residuos	• Afectación de la salud • Epidemias • Deterioro ambiental • Procesos de responsabilidad civil • Requerimiento de entes de control	20	20	Mediada	• Rondas del comité de Gestión Ambiental • Contratación con empresa especializada en el manejo de Residuos sólidos • Pólizas	20	Mediada	Evitar: seguimiento y auditoría a la disposición final. Minimizar: Efectuar inactivación de residuos. Transferir: Hacer cumplir las pólizas.

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob. Causa	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Interno: • Infraestructura • Personal Externo: • Económicos	No aseguramiento de los bienes hospitalarios	1	• Falta de recursos • Mala identificación del inventario • Personal no competente • Negligencia	• Detrimiento patrimonial • Requerimiento por entes de control	20	20	Mediocrado	• Inventarios actualizados • Pólizas Vigentes	20	Mediocrado	Reducir: Capacitar al personal responsable. Minimizar: Asegurar los bienes Transferir: Establecer los procesos disciplinarios

- Bienes y servicios (CP-GBS-001).

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GBS-001
	Proceso: Gestión de Bienes y Servicios		Versión: 002
	Responsable: Subgerente Administrativo		Fecha: noviembre de 2022

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
• Entes de legislación, regulación y control • Direccionamiento Estratégico • Procesos Institucionales • Gestión del talento Humano • Software Dinámica y Plataforma de compras Oka	• Normatividad • Directrices administrativas • Talento humano • Listados de productos • Plan de compras anterior • Histórico de compras • Inventario Actualizado • Necesidades de recursos	P 1. Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables. 2. Definir las políticas de compras según lo establecido en el Manual de Contratación. 3. Programar la realización de la actualización de los inventarios de bienes y suministros. 4. Elaborar el plan anual de compras de insumos y suministros. 5. Asegurar la disponibilidad de recursos	• Normograma • Políticas de compras (Manual de Contratación) • Inventario Actualizado • Plan de compras • Disponibilidad presupuestal	• Proceso de planeación y jurídica • Direccionamiento Estratégico • Gestión del Ambiente y la Infraestructura • Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno • Revisor Fiscal • Gestión Financiera • Direccionamiento Estratégico

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Proveedores - Gestión Financiera - Todos los procesos - Gestión Documental - Procesos Institucionales - Aseguradoras de bienes - Gestión Financiera	- Inventarios aleatorios - Revisión de stock - Plataforma OKA - Plan de compras aprobado - Solicitudes de despacho - Solicitudes de Producto FT-GBS-008 - Cotizaciones o Propuestas - Directrices presupuestales - Manual de Contratación - Información del Proveedor - Directrices presupuestales - Directrices administrativas - Cotización - Normatividad - Información del proveedor - Solicitudes de bienes y suministros - Información de aseguradoras - Seguimiento a proveedores - Información de pagos	H Compras de insumos y suministros de consumo permanente Verificar las existencias del stock del consumo permanente en el área Adquirir los insumos de consumo permanente para la prestación de los servicios Recepcionar y almacenar los insumos Distribuir los insumos Compras de muebles y enseres, hardware y equipos biomédicos - Recibir los registros "Formato de Solicitud de Pedido" con las solicitudes de compras - Analizar las solicitudes de pedido para determinar si se lleva al comité de compras o se carga en la plataforma OKA - Presentar las solicitudes en el comité de compras para su análisis y aprobación - Realizar pedidos de productos aprobados, según la directriz - Verificar las condiciones de entrega - Realizar el plaketec de los muebles, enseres, hardware y/o equipos biomédicos adquiridos - Controlar y administrar la entrega de bienes y suministros - Administrar y asegurar los bienes muebles e inmuebles	- Stock abastecido - Facturas - Orden de compra - Comprobante de entada - Ordenes de despacho - Consolidado de compras - Plataforma OKA - Actas del Comité de compras con soportes - Cotizaciones - Pólizas y registros de novedades - Registros de la reevaluación del proveedor - Contratos liquidados y sus soportes	- Gestión Financiera - Entes de control - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Proveedores - Gestión Financiera - Procesos Institucionales - Aseguradoras de bienes - Mejoramiento Continuo

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Proceso Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos - Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	V - Analizar los informes de inventarios - Analizar los informes de auditorías - Realizar seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso A - Tomar acciones de mejoramiento	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control - Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Proveedores y partes interesadas - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Gestión de la Información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Proveedores y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Realizar modificaciones al Plan Anual de Compras según necesidad. - Solicitar por lo menos tres cotizaciones antes de realizar la compra. - Verificar que las compras a realizar estén autorizadas por el comité de compras. - Verificar la expedición del CDP antes de realizar cualquier compra. - Siempre se debe realizar la orden de compra o de prestación de servicio. - Verificar que todas las compras deben de tener el recibido a satisfacción o acta de recepción - Todo producto adquirido debe cumplir con los requisitos de compra especificados - Todo los bienes son objeto de amparo con pólizas de seguros - Las compras solo deben efectuarse a los proveedores incluidos en el listado de proveedores, evaluados y seleccionados previamente	- Realizar ajustes o modificaciones al Plan Anual de Compras - Realizar ajustes resultantes de las tomas físicas de inventarios - Actualizar el inventario de bienes que se envía a la aseguradora para los respectivos amparos - Realizar plan de mejoramiento a proveedores con evaluaciones regulares.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Internet, Software institucional, Temo higrometros, Calentadores, Ventiladores, Nevera. Humanos: Subgerente Administrativo Coordinadora de Almacén, Auxiliar de Almacén, Líder de Activos Fijos. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	Manual de Administración de Activos Fijos Procedimiento para la adquisición de insumos, bienes y servicios Procedimiento para la recepción y el almacenamiento de insumos Procedimiento para la distribución interna de insumos Procedimiento para la Evaluación de Proveedores Procedimiento para la realización del inventario	- Ley 80 de 1993 - Decreto 877 de 1995 (registro INVIMA) - Decreto 2200 de 2005 (Servicio Farmacéutico) - Decreto 1011 de 2008 (SOGC) - Resolución 3183 de 1995 (BPM) - Resolución 5185 de 2013 - Manual de Contratación Institucional

Indicadores (Ver Ficha Técnica)
- Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Compras - Porcentaje de Cumplimiento en despachos - Proveedores que no cumplen con requisitos y expectativas - Porcentaje de insumos agotados - Porcentaje de insumos vencidos - Porcentaje de insumos averiados - Días de Rotación de Inventarios

Riesgos (Ver Ficha Técnica)																			
Riesgo de no alcanzar los objetivos de la institución				Riesgo de no cumplir con los requisitos de la ley				Riesgo de no cumplir con los requisitos de la norma				Riesgo de no cumplir con los requisitos de la norma				Riesgo de no cumplir con los requisitos de la norma			
Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo	Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo	Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo	Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo	Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo
Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

- Gestión documental (CP-GDO-001).

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

COPIA CONTROLADA

Objetivo: 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.	Alcance: 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
- Entes de legislación, regulación y control - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Gestión de bienes y servicios - Direccionamiento Institucional - Consejo Mpal. De Archivo - Procesos Institucionales - Cientes, Usuarios y partes interesadas - Entes de control	- Normatividad - Planta de cargos - Información de puestos de trabajo - Directivos del Plan de Compras - Diagnóstico y Programa de Gestión Documental - TRD aprobadas - Documentos de correspondencia - Solicitud de consulta o préstamo de documentos - Programa de Transferencia - TVD aprobadas - Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Reconocer la planta de cargos - Elaborar y actualizar del Programa de Gestión Documental - Definir las políticas y directrices para la gestión documental - Asegurar la disponibilidad de recursos - Mantener espacios físicos: gestión, central, clínico e histórico. - Sensibilizar y capacitar al personal en gestión documental (TRD) - Implementar las tablas de retención documental (TRD) - Aplicar los procesos de correspondencia interna y externa: paperless office) - Gestionar la consulta y préstamo de documentos - Desarrollar procesos de transferencia y eliminación de documentos - Implementar las tablas de valoración documental - Analizar las estadísticas e indicadores de gestión - Analizar los informes de auditorías - Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Normograma - Acta del Comité de Archivo - Diagnóstico y Programa de Gestión Documental - Procedimientos documentados - Necesidades de recursos - Condiciones controladas para la gestión - Registros de asistencia - Registros de Archivo - Control de correspondencia recibida y enviada - Imágenes escaneadas - Registros de préstamo y consulta de documentos - Formato único de inventario documental - Actas de eliminación - Registros de Archivo - Acta del Comité de Archivo - Informe de gestión del proceso - Acta de Comité de Archivo - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Procesos Institucionales - Entes de control - Archivo General de la Nación - Consejo Mpal. De Archivo - DAFP - Ente de Certificación - Direccionamiento Estratégico - Gestión Bienes y servicios - Consejo Mpal. De Archivo - Archivo General de la Nación - Entes de Control - Gestión del Talento Humano - Procesos Institucionales - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Aseguradoras, Usuarios y partes interesadas - Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control interno - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	A 19. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Verificación de la codificación e identificación adecuada de los documentos. - Monitoreo al cumplimiento de las políticas de operación y puntos de control para la gestión documental. - 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. - Aseguramiento de la actualización de los listados maestros, tablas e inventarios documentales. - Verificar que los documentos que se estén utilizando sean las versiones actualizadas. - Digitalización del documento, con la firma de recibido, de la correspondencia enviada.	- Nueva identificación o recodificación de documentos. - Recuperar documentos deteriorados o perdidos desde las copias de seguridad de la ESE.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: 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 Humanos: Subgerente Administrativo, Profesionales de calidad, Coordinador de archivo, Auxiliares Administrativos. Ambiente de Trabajo: Fuera de Ruido, Temperatura e Iluminación Adecuadas. (Ver Panorama de Riesgos y Ley 594 de 2000)	INS-GDO-001 Instructivo para la apertura de Historia Clínica en el Software. INS-GDO-002 Instructivo para el cargue de registros asistenciales físicos a la HC Electrónica. INS-GDO-005 Instructivo Diligenciamiento Consentimientos Informados en el Software V3. INS-GDO-006 Instructivo de foliación. MA-GDO-001 Manual de Historia Clínica MA-GDO-002 Manual de Tablas de Valoración Documental. MA-GDO-003 Manual de Tablas de Retención Documental. PR-GDO-001 Procedimiento para la obtención y la comprensión del consentimiento informado. PR-GDO-002 Procedimiento para la auditoría de la Historia Clínica. PR-GDO-003 Procedimiento para la radicación de derechos de petición, PQRS, demandas y tutelas. PR-GDO-004 Procedimiento para trámite de correspondencia recibida, enviada e interna. PR-GDO-005 Procedimiento para las transferencias documentales primarias – falta. PR-GDO-006 Procedimiento para el control y custodia de Historias laborales. PR-GDO-007 Procedimiento para la contingencia de la HC electrónica. PR-GDO-008 Procedimiento para el manejo de registros diferentes a la Historia Clínica. PR-GDO-009 Procedimiento para la organización de archivos de gestión. PR-GDO-010 Procedimiento eliminación documentación. PR-GDO-011 Procedimiento selección documentación.	- Ley 594 de 2000 (Archivo) - Resolución 1995 de 1999 (Historias Clínicas) - Resolución 3100 de 2019 - Acuerdo 060 de 2001 (Correspondencia) - Norma de Calidad NTCGP 1000 - Circular 004 de 2003 (Archivo General de la Nación) - Circular 012 de 2004 (Archivo General de la Nación) - Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)
	PR-GDO-012 Procedimiento para la organización de las historias laborales y la administración en el archivo central. PR-GDO-013 Procedimiento sistema integrado de conservación – SIC. PR-GDO-014 Procedimiento recepción de transferencias documentales. PR-GDO-015 Procedimiento préstamo de documentos en el archivo central. PG-GDO-001 Programa de Gestión Documental. PL-GDO-001 Política Institucional Cero Papel Hospital La María. PN-GDO-001 Plan Institucional de Archivos PINAR V004 – 2021.	

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

Riesgos (Ver Ficha Técnica)

Código del Proceso	Objetivo	Categoría	Subcategoría	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Indicador de Riesgo	Fórmula	Meta	Rango de Gestión	Frecuencia	Responsable	Estrategia de Mitigación	Indicadores de Seguimiento									
													Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6	Indicador 7	Indicador 8	Indicador 9	Indicador 10
001	Gestión documental	Económico y operacional	Seguimiento por plan de información de una agenda	Existencia de documentos de gestión de una agenda	Ejecución y administración de procesos	80	N/A	10%	Entre 10% y 100%	N/A	80	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
002	Gestión documental	Económico	Seguimiento por plan de información de una agenda	Existencia de documentos de gestión de una agenda	Ejecución y administración de procesos	7000	N/A	10%	Entre 10% y 100%	N/A	7000	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
003	Gestión documental	Económico	Seguimiento por plan de información de una agenda	Existencia de documentos de gestión de una agenda	Ejecución y administración de procesos	10000	N/A	10%	Entre 10% y 100%	N/A	10000	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
004	Gestión documental	Económico	Seguimiento por plan de información de una agenda	Existencia de documentos de gestión de una agenda	Ejecución y administración de procesos	7000	N/A	10%	Entre 10% y 100%	N/A	7000	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
005	Gestión documental	Económico y operacional	Seguimiento por plan de información de una agenda	Existencia de documentos de gestión de una agenda	Ejecución y administración de procesos	8000	N/A	10%	Entre 10% y 100%	N/A	8000	N/A	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

- Gestión financiera (CP-GFI-001).

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GFI-001
	Proceso: Gestion Financiera		Versión: 003
	Responsable: Coordinador Financiero		Fecha: 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 comprensión, 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	Cientes
- Entes de legislación, regulación y control - Todos los Procesos - Direccionamiento Institucional - Gestión de Compras y Suministros	- Normatividad - Directrices administrativas - Políticas y procedimientos documentados - Plan de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal - POAI - PEDI	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Identificar las necesidades de recursos para el desarrollo de los planes y el funcionamiento institucional. - Presentar el presupuesto para la aprobación al CODFIS y la Junta Directiva	- Normograma - Proyecto de Presupuesto - Acta de proyección del presupuesto - Acuerdo de Junta Directiva - Resolución de aprobación CODFIS. - Plan plurianual	- Gestión Documental - Direccionamiento Institucional - DSSyPSA - Entes de control

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
SECOF	Requisitos del SECOF		4. Identificar y comunicar las necesidades de recursos para la formulación del plan anual de adquisiciones	• Información financiera para la formulación del Plan	• Direccionamiento Institucional
Todos los Procesos	Solicitud de disponibilidad presupuestal para:		5. Realizar la ejecución del presupuesto	• Ejecución presupuestal	• Todos los procesos
Direccionamiento Institucional	Presupuestal para:		6. Generar los CDP y RPs	• Disponibilidad presupuestal	• Control interno
Usuarios	Órdenes de servicios		7. Realizar las modificaciones presupuestales; si es necesario.	• Registros presupuestales	• Revisoría fiscal
Proveedores y acreedores	Órdenes de Compra		8. Causar gastos	• Informes financieros	• Proveedores
Gestión de Compras y Suministros	Contratos		9. Efectuar los ajustes contables; si es necesario.	• Certificados presupuestales	• Acreedores
Gestión Documental	Notas débito y crédito		10. Realizar conciliaciones bancarias y boletines de tesorería al cierre de cada mes.	• Acto administrativo de modificación al presupuesto	• ERP
Gestión del Talento Humano	Facturas		11. Liquidar y presentar impuestos.	• Registros de causación	• Entes de control y partes interesadas
Admisiones y Facturación	Cuentas de cobro		12. Distribución de costos y gastos por área y/o servicio.	• Actas de conciliación	
Entes de control y partes interesadas	Oficio de glosas		13. Conciliación con proveedores y acreedores.	• Notas contables (proveedores – acreedores)	
ERP	Extractos bancarios		14. Registrar los pagos a terceros	• Conciliaciones bancarias y boletines de tesorería	
	Convenios interadministrativos		15. Legalizar los ingresos	• Impuestos liquidados	
	Formato de solicitud de disponibilidad y/o registro presupuestal		16. Identificar a que corresponden los ingresos y cruzar con las facturas de venta.	• Comprobante de egreso y recibos de caja	
	Servicios prestados		17. Realizar las facturas de los servicios prestados.	• Registro de respuesta a glosas y devoluciones tramitadas	
	Notificaciones de glosas y devoluciones por parte de las ERP		18. Radicar las facturas ante las aseguradoras.	• Facturas de servicios prestados y cuentas de cobro radicadas	
		H	19. Realizar la circularización de la cartera	• Documentos digitalizados	
			20. Recepción y respuesta a glosas y devoluciones presentadas por las diferentes entidades responsables de pago.	• Facturas auditadas a terceros o acreedores	
			21. Realizar las conciliaciones de cartera y de glosas con las aseguradoras.	• Informes periódicos	
			22. Gestionar y recuperar la cartera	• Informes legales y reglamentarios	
			23. Emitir el consolidado de ingresos y gastos.		
			24. Generar informes legales y reglamentarios.		

Proveedores	Entradas		Actividades	Salidas	Clientes
• Gestión de la Información y las comunicaciones	• Estadísticas e indicadores		1. Analizar las estadísticas e indicadores de gestión	• Informe de gestión del proceso	• Direccionamiento Institucional
• Entes de Control	• Informes de auditorías		2. Analizar los informes de auditorías	• Propuestas de acciones de mejoramiento	• Todos los procesos
• Todos los procesos	• Actas de reuniones	V	3. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales		• Entes de control y partes interesadas
• Direccionamiento Institucional	• Planes de Mejoramiento		4. Seguimiento a planes de mejoramiento		• Aseguradoras y partes interesadas
	• Mapa de riesgos		5. Monitorear los riesgos del proceso		
	• Proceso y procedimientos				
	• Informe de gestión del proceso	A	6. Tomar acciones de mejoramiento	• Correcciones	• Direccionamiento Institucional
	• Propuestas de acciones de mejoramiento			• Acciones Correctivas	• Todos los procesos
	• Informe del seguimiento al plan de desarrollo y el POAI			• Acciones de Mejora	• Entes de control y partes interesadas
				• Plan de Mejoramiento	• Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. 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.	1. Ajustar o repetir los informes financieros y contables que no reflejen el estado real de la Institución
2. Verificación de soportes legales y administrativos necesarios para la causación de cuentas.	2. Anular los registros contables y presupuestales, y títulos valores, mal elaborados.
3. Verificación efectiva de las transacciones electrónicas informadas por los clientes.	3. Gestionar el recaudo de dineros pagados a terceros de una manera errónea
4. Seguimiento y actualización del estado de cartera para evitar cobros inexactos.	
5. Garantizar la justificación de los ajustes contables que se efectúen.	
6. Seguimiento a los resultados de las conciliaciones entre el cruce de la información contable, de tesorería y de presupuesto.	
7. Verificación de la asignación adecuada de los CDP's a los rubros proyectados.	
8. 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.	
9. Eliminar cheques de cuenta inactivos.	
10. Revisar diariamente los movimientos bancarios, así como las notificaciones vía electrónica	
11. Notificación escrita a los clientes de su estado de cartera de manera periódica	

“Trabajamos con amor por la vida”

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.		Código: MA-MCO-001
			Versión: 005
			Fecha: 30/09/2025

- **Gestión jurídica (CP-GJU-001).**

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GJU-001
	Proceso: Gestión Jurídica		Versión: 002
	Responsable: Líder Jurídica		Fecha: junio de 2024

COPIA CONTROLADA

Objetivo: Apoyar, asesorar y representar jurídicamente a todos los procesos de la entidad de acuerdo con las actividades desarrolladas y velar por la aplicación de la normatividad vigente de la entidad.	Alcance: Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios, hasta la gestión de las necesidades y requerimientos necesarios para el adecuado funcionamiento de los procesos de la institución.
--	--

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Direccionamiento Estratégico - Entes de vigilancia, inspección y control. - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo	Normatividad Documentación del proceso Políticas y directrices Directrices del PEDI y del POAI. Necesidades	P - Identificar los requisitos legales y reglamentarios. - Identificar las necesidades del proceso - Identificar las directrices y las estrategias institucionales adoptadas por la entidad. - Definir los lineamientos y metodologías más adecuadas para el control y cumplimiento de las mismas en lo que corresponde a la Entidad. - Identificar y garantizar la disponibilidad de recursos (humanos, físicos, financieros y técnicos)	- Normograma - Lineamientos a cumplir por parte de los entes de control y la ESE. - Plan y/o cronograma de trabajo de la Gestión Jurídica - Disponibilidad y registro presupuestal	- Proceso de Gestión Jurídica - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales. - Entes de vigilancia, inspección y control - Seguimiento y evaluación de control interno

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Juez de la Republica y ciudadano	Notificación de la admisión de la tutela	H Contestación de Tutelas - Realizar la investigación referente al asunto. - Proceder a la proyección de la contestación teniendo en cuenta el plazo procesal. - Enviar la respuesta al juzgado: Dar respuesta oportuna a las acciones de tutelas en los cuales sea parte La ESE, mediante las actuaciones administrativas internas para garantizar la defensa jurídica de la Entidad y la protección de los derechos fundamentales de los usuarios del Sistema de Salud. - Realizar el monitoreo y seguimiento al fallo de la tutela. (En promedio 2 días o lo que determine el Despacho Judicial).	- Contestación de Tutelas - Soportes y evidencias - Anexos - Fallo de tutela	- Juez de la Republica y ciudadano - Direccionamiento Estratégico

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de vigilancia, inspección y control. - Requerimiento del cliente interno, ciudadano, contratista, servidor público, terceros	Demandas Contencioso Administrativas	H Interposición de demandas Contencioso Administrativas Responder a las exigencias legales emanadas de acciones contencioso – administrativas, mediante las actuaciones jurídicas y trámites administrativos requeridos en representación de la ESE Hospital para asegurar la defensa de los derechos e intereses de la entidad, dentro del término de caducidad del medio de control o acción a interponer (en promedio 55 o 65 días conforme lo establece el CPACA en procesos contencioso administrativos o conforme lo establece el CGP en procesos ordinarios).	Contestación de demanda Contencioso Administrativa	- Direccionamiento Estratégico - Ente demandante
- Entes de vigilancia, inspección y control. - Ciudadanía - Cliente Interno y externo	- Investigación – Auto administrativo - Demanda - Denuncia	H Contestación de investigación a entes de control - administrativa sancionatoria Dar respuesta oportuna a las investigaciones administrativas que inicien los entes de Vigilancia Inspección y Control en Salud (Supersalud, SSSA, <u>Secretaría</u> de Salud Municipal, MSYPS, Contraloría, Procuraduría, Fiscalía, Personería), para poder desvirtuar los cargos a la ESE por causa de quejas en la prestación del servicio de Salud (En promedio 15 días o lo que disponga el auto administrativo sancionatorio).	Contestación de investigación a entes de control - administrativa sancionatoria y/o Demanda - Denuncia	- Entes de vigilancia, inspección y control - Ciudadanía - Cliente Interno y externo

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Código: MA-MCO-001

Versión: 005

Fecha: 30/09/2025

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Requerimiento del cliente interno y/o externo - Ciudadanía - Entes de vigilancia, inspección y control.	Derecho de Petición	H Contestación de derechos de petición Resolver las peticiones recibidas en la Oficina Asesora Jurídica, radicadas por particulares, entidades y demás peticionarios, cumpliendo los tiempos establecidos por la normatividad (según lo contemplado en la ley 1755 de 2015).	Contestación de derechos de petición	- Direccionamiento Estratégico - Demandante
Requerimiento del área de Cartera	Registros del área de cartera y facturación para la demanda y trámite conciliatorio para cobro de acreencias en salud	H Interposición de demandas y trámite conciliatorio para cobro de acreencias en salud – Gestión judicial y jurisdiccional Definir y establecer las acciones y procedimientos necesarios para obtener el reconocimiento de los servicios de salud efectivamente prestados a los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el cobro jurídico y la acción competente en orden a realizar la recuperación de cartera de la ESE Hospital La María (Dentro del término de caducidad previsto en la Ley 1437 de 2011 o el término de prescripción de la acción previsto en la Ley 1564 de 2012).	Interposición de demandas y trámite conciliatorio para cobro de acreencias en salud (circularización de cartera)	- EAPB - EPS - IPS - SSSA - Secretaría de Salud Municipal - Aseguradoras
- Requerimiento del cliente interno y externo (funcionario, contratista, servidor público, terceros, ciudadanos y proveedores) - Comité de Convivencia Laboral - Control Interno Disciplinario	- Información y requerimientos para el proceso disciplinario - Solicitud - Queja - Informe	H Procesos disciplinarios Garantizar que las investigaciones de carácter disciplinario que se adelanten en la institución, se ciñan a lo dispuesto en la Ley 734 de 2002 "Código Disciplinario Único" y demás normas concordantes (En promedio 1 día o conforme lo disponga la Ley 734 de 2002).	- Registros del proceso disciplinario - Fallo sancionatorio - Fallo Absolutorio - Fallo Inhibitorio - Cesación de procedimiento	- Direccionamiento Estratégico - Cliente que solicita el proceso disciplinario - Gestión Humana (hoja de vida del servidor público)

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Juzgados - Procuraduría - Contraloría - Fiscalía - Personería - Comité Conciliación	Solicitud de audiencia inicial de conciliación de la etapa prejudicial y judicial	H Conciliaciones Prejudiciales y Judiciales Asegurar la Defensa de los Derechos e intereses de la entidad en las audiencias de conciliación prejudicial y judicial en las que haga parte activa o pasiva (Dentro de los 15 días siguientes a la radicación de la solicitud de conciliación prejudicial o conforme el término establecido por el Juez en la conciliación judicial).	Registros con el acta de la conciliaciones Prejudiciales y Judiciales	- Comité Conciliación - Expediente de la conciliación

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Direccionamiento Estratégico - Proceso de Gestión Jurídica - Gestión Financiera - Todos los procesos - Supervisores de los contratos	- Determinación de necesidades - Convocatoria Pública y privada - Estudios previos - Presupuesto - Documentación según los formatos denominados: FT-GJU-002 denominado Lista de Chequeo Contratación Directa Mínima Cuantía FT-GJU-001 denominado Lista de Chequeo Contratación Directa (persona natural).	H Proceso de elaboración del contrato Recepcionar el estudio previo firmado por el supervisor del contrato con el contenido definido en el formato FT-GJU-002 denominado Lista de Chequeo Contratación Directa Mínima Cuantía o FT-GJU-001 denominado Lista de Chequeo Contratación Directa (persona natural). Verificar los anexos entregados de la lista de chequeo con el fin de que se cumplan con los requisitos legales. Solicitar el registro presupuestal. Proyectar la minuta del contrato con el cumplimiento de los requisitos legales. Se pasa al área de Direccionamiento para su firma y aprobación. Se procede a la constitución de póliza y la aprobación única de garantías. Se lleva a cabo la proyección del acta de inicio y la asignación de la supervisión del contrato. Publicar el contrato en la página del SECOP Y SIA (3 días posteriores a la fecha en el SECOP y 5 días hábiles siguientes en el SIA posterior a la firma de elaboración del contrato).	- Minuta del contrato - Publicación del contrato en el SECOP - Pólizas - Acta de Inicio - Aprobación de garantía única - Designación de Supervisión - Registro de la Lista de Chequeo Contratación Directa Mínima Cuantía - Registro de la Lista de Chequeo Contratación Directa (persona natural). - Convocatoria Pública y privada	- Direccionamiento Estratégico - Servicios y Procesos Institucionales - Supervisores de los contratos - Contratista - Gestión Financiera - SECOP - SIA

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Los Supervisores de los contratos	Solicitud con la justificación de la modificación del contrato	Proceso para la modificación de contratos Recibir solicitud con la justificación de la modificación del contrato. Analizar la justificación de la modificación del contrato. Proceder a hacer la modificación del contrato según los criterios establecidos en la justificación. Firmar la modificación del contrato por las partes Publicar el contrato en la página del SECOP Y SIA (3 días posteriores a la fecha en el SECOP y 5 días hábiles siguientes en el SIA posterior a la firma de elaboración del contrato).	Modificación del contrato (otrosí o adición) Firma del contrato por las partes Publicación del contrato en el SECOP Pólizas acordes ala modificación contractual	- Direccionamiento Estratégico - Servicios y Procesos Institucionales - Supervisores de los contratos - Contratista - Gestión Financiera - SECOP - SIA
Supervisor del contrato	- Contrato - Hoja de vida financiera - Informes de supervisión - Informes de actividades del contratista	Proceso de acompañamiento, asesoría y direccionamiento a la liquidación de contratos Realizar asistencia y acompañamiento al supervisor por parte del área de auditoria de contratos y jurídica antes de la liquidación contractual (En promedio 4 meses siguientes a la fecha de terminación).	- Acta de liquidación - Publicación en el SECOP de la liquidación	- Contratista - Supervisor del contrato - Gestión Jurídica - Expediente

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
Subgerente	Información sobre la Contratación	Comité de contratación Cumplir con lo señalado en la Resolución de adopción del comité de contratación con el fin de hacer el seguimiento y monitoreo de la gestión contractual.	Acta con registro de la reunión	- Institución - Gestión Documental
Supervisores e interventores de los contratos	Documentación remitida por el supervisor del contrato	Procesos sancionatorios contractuales Hacer efectivas las cláusulas exorbitantes, requerir el cumplimiento del contrato (En promedio 4 meses o dentro del término de vigencia del contrato).	Registros del proceso sancionatorio y contractual	- Direccionamiento Estratégico - Servicios y Procesos Institucionales - Supervisores de los contratos - Contratista
Entes de Control Procesos Institucionales Mejoramiento Continuo Gestión del Talento Humano Direccionamiento Estratégico Procesos de Seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno	Indicadores Informes de auditorías Planes de Mejoramiento Mapa de riesgos	H V - Monitorear la implementación del Plan de Acción. - Seguimiento a planes de mejoramiento - Analizar los indicadores de gestión - Analizar los informes de auditorías internas y externas - Monitorear los riesgos del proceso	Informe de gestión del proceso Actas de reuniones Propuestas de acciones de mejoramiento Análisis de los indicadores	Direccionamiento Estratégico Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno Entes de control Mejoramiento Continuo

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
Mejoramiento Continuo Entes de Control Direccionamiento Estratégico	Informe de gestión del proceso Propuestas de acciones de mejoramiento	A 6. Tomar acciones de mejoramiento	Correcciones Acciones Correctivas Acciones de Mejora Plan de Mejoramiento	Direccionamiento Estratégico Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno Entes de control Mejoramiento Continuo Aseguradoras

Controles Preventivos	Controles Correctivos
1. Aseguramiento de la conformación oficial de los mecanismos de participación social en salud. 2. Conocimiento de las directrices y políticas institucionales; incluyendo el portafolio de servicios, horarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3. Respuesta oportuna de manifestaciones.	1. Reprogramar la reunión o actividad del mecanismo de participación social en salud. 2. Realizar acciones de mejoramiento y para recuperar el servicio.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial Humanos: Equipo de abogados Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)		- Constitución política de Colombia, art 209 - Ley 100 de 1993, art 195 - Acuerdo de Junta Directiva No. 003 de junio 05 de 2014 - Manual de contratación

Indicadores (Ver Ficha Técnica)
Porcentaje de cumplimiento de respuestas a requerimientos judiciales. Porcentaje de contratos elaborados con relación a los solicitados

Riesgos											
Factor	Riesgo	Pro. b.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif. f.	Zona		Calif. f.	Zona	
<u>Interno:</u> • Talento Humano • Procesos y Procedimientos	Adjudicación indebida de contratos	2	• Construcción de los términos de condiciones sin fundamento en lo establecido en el estatuto de contratación. • Ausencia de controles • Negociación particular	• Sanciones penales, disciplinarias, administrativas y fiscales. • Pérdida de credibilidad de la institución. • Toma de decisiones erradas. • Reprocesos. • Dificultades en la gestión de los procesos.	20	40	Importante	• Procedimiento o Proceso de elaboración, modificación y liquidación de contratos	40	Importante	<u>Evitar:</u> Asesorar y supervisar el proceso de contratación <u>Reducir:</u> Estudios previos <u>Mitigar:</u> Repetir el contrato
	Elaboración de		• Construcción	• Sanciones	20	40	Import	• Procedimiento	40	Import	Evitar: Asesorar y

Riesgos											
Factor	Riesgo	Pro. b.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
	contratos sin soportes o documentos extemporáneos.		- de los términos de condiciones sin fundamento en lo establecido en el estatuto de contratación. - Ausencia de controles - Negociación particular	- penales, disciplinarias, administrativas y fiscales. - Pérdida de credibilidad de la institución. - Toma de decisiones erradas. - Reprocesos. - Dificultades en la gestión de los procesos.			ante	o Proceso de elaboración, modificación y liquidación de contratos		Importante	- supervisar el proceso de contratación - Reducir: Estudios previos - Mitigar: Repetir el contrato
	Errores en minutas contractuales, falta de solicitud y porcentajes de las garantías		- Construcción de los términos de condiciones sin fundamento en lo establecido en el estatuto de contratación. - Ausencia de controles - Negociación particular	- Sanciones penales, disciplinarias, administrativas y fiscales. - Pérdida de credibilidad de la institución. - Toma de decisiones erradas. - Reprocesos. - Dificultades en la gestión de los procesos.	20	40	Importante	Procedimiento o Proceso de elaboración, modificación y liquidación de contratos	40	Importante	- Evitar: Asesorar y supervisar el proceso de contratación - Reducir: Estudios previos - Mitigar: Repetir el contrato

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.		Código: MA-MCO-001
			Versión: 005
			Fecha: 30/09/2025

- **Talento humano (CP-TH-001).**

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-GTH-001
			Versión: 002
	Proceso: Gestión del Talento Humano	Responsable: jefe de personal	Fecha: 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
- Entes de legislación, Regulación y control - Junta Directiva - DAFP - Comisión Nacional de Servicio civil CNSC - Ministerio del trabajo - Ministerio de salud y protección social - Procesos Institucionales - Direccionamiento Estratégico - Gestión de Compras y Suministros	- Normatividad - Estructura Organizacional - Solicitudes o necesidades de personal - Planta de cargos - Guía metodológica para la elaboración de acuerdos de gestión - Resultados FURAG Vigencia Anterior - Plan estratégico de desarrollo institucional - Autoevaluación MIPG componente talento humano - Plataformas de cargue de información institucional (SIGEP, EDLapp, SIHO, PISIS) - Directrices del Plan anual de adquisiciones - Plan de acciones e inversiones.	P - Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables - Identificar las necesidades de personal - Documentar cargos y funciones del personal; según dinámica institucional - Establecer acuerdos de Gestión y lineamientos de evaluación por áreas - Definir los planes de trabajo: - Plan estratégico de talento Humano PGETH - Plan de Bienestar Laboral. - Plan de formación y capacitación (inducción y reintroducción) - Plan operativo de Gestión Humana. - Plan de vacantes y de provisión del recurso humano. - Plan de SST. - Plan PHED (emergencias y desastres) - Plan de vacaciones. - Plan de nómina y de pagos. - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Registro con las solicitudes de personal - Convenios Docencia – Servicio - Manual de funciones y competencias laborales actualizado - Acuerdos de Gestión - Actas de la Comisión de Personal - Planes de trabajo - Publicación en página web institucional - Disponibilidad y registro presupuestal	- Gestión Documental - Junta Directiva - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Procesos Institucionales - DAFP - Entes de control - Gestión de la Información y las Comunicaciones - Gestión de Bienes y servicios

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Direccionamiento Estratégico y líderes de proceso - Procesos Institucionales - Entes Gubernamentales y de control - DAFP - Comisión Nacional de Servicio civil CNSC - Ministerio del trabajo - Ministerio de salud y protección social - Instituciones educativas - Aseguradoras - Cajas de compensación - Fondos pensionales - Empresas Administradoras de planes de beneficio - Agregaciones y tercosos - Entidades bancarias y cooperativas	- Directrices gerenciales de consecución y contratación del personal - Manual de Funciones y Competencias Laborales - Normatividad - Contratos y soportes legales - Planes de trabajo aprobados - Novedades de personal - Información de aseguradoras - Información de jefes inmediatos - Solicitudes de retiro y desvinculación - Solicitudes de informes - Cronograma de comités - Requerimientos del personal - Cuadros de turno - Acuerdos de gestión - Convenios docencia servicio - Proyectos institucionales - Matriz de reportes obligatorios de la ESE - Resoluciones de pensiones	H - Efectuar la selección de personal. - Asignar personal en práctica a las áreas y servicios, según necesidades - Asegurar la vinculación o ingreso del personal. - Realizar la inducción y entrenamiento. - Difundir y socializar los planes de trabajo - Ejecutar los planes de trabajo: - Plan estratégico de talento Humano PGETH - Plan de Bienestar Laboral. - Plan de formación y capacitación (inducción y reintroducción) - Plan operativo de Gestión Humana. - Plan de vacantes y de provisión del recurso humano. - Plan de SST. - Plan PHED (emergencias y desastres) - Plan de vacaciones. - Plan de nómina y de pagos. - Administrar novedades de personal: permisos, vacaciones, licencias, cesantías, incapacidades, certificaciones y sanciones. - Atender los requerimientos del personal - Gestionar la compensación (Nómina y Prestaciones Sociales) - Verificar la ejecución de la evaluación del desempeño - Verificar la elaboración de los planes de mejoramiento individual. - Asegurar el cumplimiento del Plan de trabajo de Comités del área - Atender eventos de Gestión Disciplinaria - Administrar los convenios Docencia – Servicio - Realizar el retiro y desvinculación del personal. - Gestión de Bonos y cuotas partes- Jubilados Pensionados - Manejo de terceros y apoyo a proyectos en GHI. - Generar informes legales y reglamentarios	- Informe de selección de personal - Contratos y nombramientos - Registros de afiliaciones. - Registros de inducción y entrenamiento - Actas de reuniones de personal y anexos - Actas de comité - Resolución y actos administrativos - Profesiograma - Registros de novedades - Informes de seguimiento a planes de trabajo - Nómina liquidada - Bases de datos - Informes de evaluación de desempeño - Informes de seguimiento y evaluación de los Acuerdos de Gestión - Planes de mejoramiento e informes de seguimiento y evaluación - Registros del retiro y desvinculación - Informes legales y reglamentarios - Seguimiento a entrada y salidas del personal	- Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Control interno - Entes de control - Aseguradoras - Gestión Financiera - Mejoramiento Continuo - DAFP - Junta Directiva

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Direccionamiento Estratégico - Entes de Control - Procesos institucionales - Mejoramiento Continuo - Control Interno	- Informes de ejecución de los planes de trabajo - Informes con resultados de la evaluación de desempeño - Matriz de indicadores - Mapa de riesgos - Convenios docencia servicio - Procesos de gestión disciplinaria - Planes de trabajo de ellos comités de área - Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Proceso y procedimientos	- Realizar el seguimiento a planes de mejoramiento: - Servidores públicos - Auditorías internas y externas - Realizar el seguimiento a la ejecución de planes de trabajo - Analizar las estadísticas e indicadores de gestión - Analizar los indicadores de seguimiento a la ejecución del plan de trabajo de comités - Monitorear los riesgos del proceso - Realizar el control de la gestión disciplinaria - Realizar la evaluación de la gestión de los convenios docencia servicio	- Informe de gestión del proceso - Informes de seguimiento - Actas del Comité - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno - Entes de control - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Verificación adecuada y oportuna de los títulos descritos en las hojas de vida del personal. - Planificación y comunicación oportuna de las actividades de talento humano con el fin de lograr el impacto y cobertura requerida. - Construcción, seguimiento y evaluación participativa y eficaz de la evaluación de desempeño, los acuerdos de gestión y los planes de mejoramiento individual. - Tramitar de manera oportuna y eficaz las afiliaciones al Sistema de Seguridad Social en Salud. - Monitoreo y actualización oportuna del Manual de Funciones y Competencias Laborales. - Desarrollo de planes y programas acordes a las necesidades y expectativas del personal. - Monitoreo y actualización oportuna de las Historias Laborales. - Verificación adecuada y oportuna de los informes antes de su envío. - Asegurar el reporte oportuno de novedades sin que éste afecte las partes interesadas.	- Retirar y desvincular de inmediato a la persona que presente falsedad en documentos. - Reconstruir historias laborales. - Repetir o reprogramar actividades de talento humano que no cumplieron sus objetivos. - Repetir o revocar acto administrativo resolutorio. - Replantear acuerdos de gestión o planes de mejoramiento individual, así como la concertación de objetivos, mal formulados. - Suspender convenios o contratos que no cumplen con los objetivos pactados.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficina dotada, Hardware y Software Comercial, Auditorio, Equipos de Ayuda Audiovisual. Humanos: jefe de Oficina (Personal), Auxiliares Administrativos, Técnico en salud y seguridad en el trabajo Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	MA-TH-001 Manual de normas de bioseguridad. MA-TH- 002 Manual de procedimiento de vinculación de talento humano. PN-TH-001 Plan institucional de capacitación. PN-TH-002 Plan de emergencias internas y externas. PN-TH-003 Plan de bienestar social e incentivos. PR-TH-001 Procedimiento de suficiencia de capacidad talento humano. PR-TH-002 Procedimiento de notificación de incidente y accidente de trabajo. PR-TH-003 Procedimiento de investigación de incidentes y accidentes de trabajo. PR-GTH -003 Procedimiento para la elaboración y el seguimiento a convenios docencia-servicio. PR-GTH -002 Procedimiento para la liquidación de la nómina. MA-GTH -002 Manual de administración SIGEP - Personal Contratos. MA-GTH-003 Manual y procedimientos del programa de bienestar y formación 2022. PL-GTH-001 Programa de formación continua y capacitación. PL-GTH-002 Plan grupo de jubilados E.S.E Hospital La María. PL-GTH-003 Política SST E.S.E Hospital La María. PO-GTH-001 Protocolo atención preferencial. PR-GTH-005 Procedimiento capacitación. PR-GTH-006 Procedimiento para la inducción y reintroducción del personal. PR-GTH-007 Procedimientos del programa de bienestar laboral.	- Ley 180 de 1996 (Moralidad y Erradicar la Corrupción) - Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario - Ley 809 de 2004 (Empleo Público, Carrera Administrativa y gerencia pública) - Ley 1164 de 2007 (Ley de Talento Humano Minprotección) - Decreto 1567 1998 (Capacitación, Estímulos e Incentivos) - Decreto 2539 de 2005 (Competencias Laborales Generales) - Decreto 1227 de 2006 (Parcialmente la Ley 809) - Decreto 770 2005 (Funciones y Requisitos Generales) - Decreto 785 de 2005 (nomenclatura, clasificación de cargos) - Decreto 1374 de 2010 (salario) - Resolución 1043 de 2005 (Sistema Unico de Habilitación: estándar N° 1) - Acuerdo 137 de 2010 (CNSC) se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Servidores de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba. - MECI - MIPG - Guía metodológica para la identificación y estandarización de competencias laborales para los empleos públicos colombianos. (DAFP y ESAP) - Instructivo para establecer o ajustar el manual específico de funciones y competencias laborales. (DAFP y ESAP) - Manual de modelos y minutos de la administración pública del DAFP - Guía para la formulación del plan institucional de capacitación – PIC – (DAFP y ESAP) - Contratos de cooperativa - Manual de Supervisión de Personal en Entrenamiento - Planta de cargos aprobada por Junta - Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)

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)

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							ANÁLISIS DEL RIESGO IDENTIFICADO				EVALUACIÓN DEL RIESGO - VALORACIÓN DE LOS CONTROLES										EVALUACIÓN DEL RIESGO - NIVEL DE RIESGO				
Identificación de Riesgo	Proceso	Actividad	Evento	Impacto	Medida de Control	Indicador	Probabilidad	Impacto	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo	Grado de Riesgo
R1	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
R2	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
R3	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Procesos	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto

D. Procesos de seguimiento y evaluación.

- Control interno (CP-CIN-001).

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LA MARÍA MEDELLÍN - COLOMBIA Trabajamos con amor por la vida	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-CIN-001
	Proceso: Seguimiento y Evaluación al Sistema de Control Interno		Versión: 002
	Responsable: Asesor de Control Interno		Fecha: noviembre de 2022

COPIA CONTROLADA

Objetivo: Velar 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.	Alcance: Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios hasta la evaluación anual del Sistema de Control Interno y la atención de requerimientos de entes externo o partes interesadas.
---	---

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de legislación, regulación y control - Direccionamiento Institucional - Gestión del Talento Humano - Gestión de Bienes y Servicios	- Normatividad - Manual de Calidad. - Estructura Organizacional - Directrices de talento humano - Directrices del Plan de Compras	- Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables. - Reconocer los procesos y procedimientos del SICA. - Programar las auditorías internas de control interno y la evaluación por dependencias. - Planear el fomento del autocontrol. - Asegurar la disponibilidad de recursos.	- Normogramas. - Programa de Auditorías de Control Interno. - Programa de Evaluación por Dependencias. - Plan de Fomento del Autocontrol. - Necesidades de recursos	- Gestión Documental - Direccionamiento Institucional - Todos los Procesos - Entes de control - Ente Certificador - Gestión del Talento Humano - DAFP - Gestión de Bienes y Servicios
- Direccionamiento Institucional. - Gestión del Talento Humano. - Gestión Documental - Mejoramiento Continuo. - Todos los Procesos - DAFP - Gestión Documental. - Entes de control. - Junta Directiva y partes interesadas	- Plan de Fomento del Autocontrol aprobado. - Manual de Calidad - Programa de Evaluación por Dependencias aprobado. - Procesos y procedimientos. - Registros de PQRS. - Planes de mejoramiento. - Directrices DAFP. - Normatividad. - Solicitudes de informes	- Ejecutar el plan de fomento del autocontrol. - Realizar la evaluación por dependencias - Efectuar seguimiento y evaluación a la atención de las PQRS. - Verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento. - Evaluar el Sistema de Control Interno. - Atender requerimientos de entes externos.	- Registros de asistencia. - Informes de gestión por dependencias. - Informe de la Atención de las PQRS. - Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento. - Informe Ejecutivo de la Evaluación del SCA. - Respuesta a requerimientos externos.	- Gestión del Talento Humano. - Direccionamiento Institucional. - Todos los procesos - Ente de certificación - Mejoramiento Continuo - Clientes y partes interesadas. - DAFP - Junta Directiva y partes interesadas

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Clientes
- Entes de Control - Todos los procesos - Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Institucional - Gestión Documental	- Indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos	V 12. Analizar los indicadores de gestión 13. Analizar los informes de auditorías 14. Analizar los informes de grupos primarios y comités institucionales 15. Seguimiento a planes de mejoramiento 16. Monitorear los riesgos del proceso 17. Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Institucional - Gestión de la información y las Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo
	- Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento	A 18. Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Institucional - Comunicaciones - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Concertación y aprobación oportuna de los planes y programas. - Monitoreo al programa de auditorías interna de control interno y de evaluación por dependencias. - Seguimiento a la ejecución del plan de fomento del autocontrol. - Planificación oportuna y efectiva de las auditorías internas de control interno y de la evaluación por dependencias. - Difusión y comunicación oportuna a los auditados de las auditorías proyectadas. - Verificación de evidencias de la atención de las PQRS para el soporte del informe administrativo. - Consulta periódica e implementación oportuna y eficaz a las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.	- Reprogramar el evento de fomento del autocontrol. - Ajustar o repetir la descripción del hallazgo, recomendación o informe; según las nuevas evidencias.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficina dotada, Hardware y Software Comercial. Humanos: Asesor de Control Interno. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	CO-CIN-001 Código de ética del auditor interno. MA-CIN-002 Manual de Políticas de Operación. PL-CIN-001 Política de Control Interno. PO-CIN-002 Estatuto de auditoría interna.	- Constitución Política Colombiana de 1991 - Ley 87 de 1993. - Ley 190 de 1995 - Ley 489 de 1998. - Ley 734 de 2002 - Ley 872 de 2003 - Decreto 1599 de 2006. - Circulares DAFP - Guía Rol de las Oficinas de Control Interno – DAFP - Ver Listado Maestro de Documentos Externos (Normograma)

Indicadores (Ver Ficha Técnica)
- Cumplimiento en presentación de informes de seguimiento por disposición de Ley - Cobertura del plan de auditorías de control interno - Reducción de hallazgos antes de control - Cumplimiento al plan de auditorías de control interno

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
Interno: Controles existentes	Falta de objetividad en el ejercicio	2	•Falta de capacitación y formación para el ejercicio •Comportamiento poco ético •Deficiencias en las competencias del personal	•Informes parcializados •Toma de decisiones erradas •Sanciones legales y administrativas	10	20	Moderado	• Procedimiento de auditorías de control interno. • Código de ética	20	Moderado	<u>Reducir:</u> Capacitación al personal que realiza las auditorías de control interno. <u>Monitorear:</u> repetir auditoría o informe de hallazgos. <u>Transferir:</u> instaurar procesos disciplinarios
Interno: Administración	No eficacia de los planes de mejoramiento	2	•Deficiencias en competencias del personal. •Ausencia de recursos. •Falta de capacitación en cuanto a la formulación y seguimiento de planes	•No logro de objetivos institucionales. •Procesos administrativos desarticulados. •Pérdida de recursos	10	20	Moderado	• Procedimiento documentado de auditorías de control interno. • Grupos primarios – comité de calidad y control interno	20	Moderado	<u>Reducir:</u> • Capacitar a los líderes de proceso en la definición y seguimiento de planes de mejoramiento. • Seguimiento a los planes de mejoramiento <u>Monitorear:</u> redefinir los planes de mejoramiento

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

Riesgos											
Factor	Riesgo	Prob.	Causas	Consecuencias	Impacto	Inicial		Controles Existentes	Final		Políticas de Administración del Riesgo
						Calif.	Zona		Calif.	Zona	
<i>Interno:</i> Administración	Falsificación de evidencias en procesos de auditoría	2	•Alteración de la información por parte del funcionario. •Comportamiento poco ético por parte del funcionario. •Influencia de terceros	•Sanciones legales y administrativas. •Procesos administrativos desarticulados. •Informes de auditoría errados.	10	20	Moderado	• Procedimiento documentado para el fomento del autocontrol, autorregulación y autogestión. • Código de ética de la institución. • Acuerdos, compromisos y protocolos éticos	20	Moderado	Reducir: realizar procesos de sensibilización y toma de conciencia del personal frente al cumplimiento de sus responsabilidades y el mejoramiento continuo. Monitorear: repetir la auditoría. Transferir: instaurar procesos disciplinarios
<i>Interno</i> Controles existentes	Mala interpretación de evidencias	2	•Personal poco competente •Comportamiento poco ético por parte del auditor	•Toma de decisiones erradas. •Toma de acciones de mejoramiento innecesarias. •Informes de auditoría parciales	10	20	Moderado	• Procedimiento documentado para el fomento del autocontrol, autorregulación y autogestión. • Código de ética de la institución.	20	Moderado	Reducir: Capacitación al personal que realiza las auditorías de control interno Monitorear: repetir la auditoría o el reporte de hallazgos.
<i>Interno</i> Controles existentes	No cumplimiento del programa de auditorías de control interno	2	•Falta de recursos •Personal poco competente •Negligencia	•Sanciones legales y administrativas. •Pérdida de recursos •No logro de objetivos institucionales.	10	20	Moderado	• Procedimiento auditorías de control interno	20	Moderado	Reducir: seguimiento al programa de auditorías Monitorear: reprogramar auditoría. Transferir: instaurar procesos

E. Eje transversal.

- Sistema de información y atención al usuario (CP-SIAU-001).

	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Código: CP-SIAU-001
			Versión: 002
	Proceso: SIAU	Responsable: Coordinador Oficina de Atención al Usuario	Fecha: <u>Noviembre</u> de 2022

COPIA CONTROLADA

14

Objetivo: Desarrollar estrategias que permitan escuchar la voz del usuario y su familia y la promoción y protección de sus derechos y deberes.	Alcance: Este proceso comprende desde la identificación de los requisitos legales y reglamentarios, fuentes de información primaria y secundaria hasta que se hace la gestión de las manifestaciones
---	---

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Entes de legislación, regulación y control. - Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Gestión de Bienes y Servicios	- Normatividad - Políticas y directrices institucionales - Descripción de los mecanismos de participación social en salud - Directrices del Plan de Compras	P - Identificar los requisitos legales y reglamentarios. - Reconocer las políticas y directrices institucionales. - Programar mecanismos de participación social en salud. - Asegurar la disponibilidad de recursos	- Normograma - Programación de Mecanismos de participación social en salud - Necesidades de recursos	- Mejoramiento Continuo. - Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación Al Sistema de Control interno - Procesos Institucionales - Entes de control - Gestión de bienes y servicios

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Mejoramiento Continuo - Direccionamiento Estratégico - Procesos Institucionales - Usuarios y sus familia	- Procedimientos documentados aprobados - Plataforma estratégica. - Normatividad. - Portafolio de Servicios. - Políticas y directrices institucionales. - Mecanismos de participación aprobados - Manifestaciones de los usuarios	H - Promover la toma de conciencia frente a la educación en derechos y deberes de los usuarios. - Brindar información y orientación al usuario y su familia. - Asegurar la operativización de los mecanismos de participación social en salud. - Gestionar las manifestaciones de los usuarios (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones)	- Registros de asistencia. - Usuario informado y/o orientado. - Actas de reuniones - Actas de reuniones y/o registros de asistencia. - Registros de atención a las manifestaciones	- Gestión del Talento Humano - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de control - Direccionamiento Estratégico - Usuarios y sus familias

Proveedores	Entradas	Actividades	Salidas	Cientes
- Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de Control - Procesos Institucionales - Mejoramiento Continuo - Gestión del Talento Humano - Direccionamiento Estratégico - Gestión Documental	- Estadísticas e indicadores - Informes de auditorías - Actas de reuniones - Planes de Mejoramiento - Mapa de riesgos - Proceso y procedimientos - Informe de gestión del proceso - Propuestas de acciones de mejoramiento	V - Análisis de las estadísticas e indicadores de gestión - Análisis de los informes de auditorías - Análisis de los informes de grupos primarios y comités institucionales - Seguimiento a planes de mejoramiento - Monitorear los riesgos del proceso - Seguimiento al cumplimiento de los controles preventivos y correctivos, políticas de operación y puntos de control	- Informe de gestión del proceso - Acta de grupo primario - Propuestas de acciones de mejoramiento - Autoevaluación del control	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas
		A Tomar acciones de mejoramiento	- Correcciones - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Acciones de Mejora - Plan de Mejoramiento	- Direccionamiento Estratégico - Seguimiento y Evaluación al sistema de control interno - Entes de control y de certificación - Mejoramiento Continuo - Aseguradoras y partes interesadas

Controles Preventivos	Controles Correctivos
- Aseguramiento de la conformación oficial de los mecanismos de participación social en salud. - Conocimiento de las directrices y políticas institucionales; incluyendo el portafolio de servicios, horarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Respuesta oportuna de manifestaciones.	- Reprogramar la reunión o actividad del mecanismo de participación social en salud. - Realizar acciones de mejoramiento y para recuperar el servicio.

Recursos	Documentos Internos	Documentos Externos
Físicos: Oficinas dotadas, Hardware y Software Comercial, Carteleros, Boletines, Papelería, Celular, Cámaras de Fotografía y de Video. Humanos: Coordinador Oficina de Atención al Usuario. Ambiente de Trabajo: Temperatura Ambiente, Fuera de Ruido, Iluminación Adecuada. (Ver Panorama de Riesgos)	CP-SIAU-001 Caracterización sistema de información y atención al usuario 2019. MA-SIAU-001 Manual del sistema de información y atención al usuario 1. PR-SIAU-001 Procedimiento para trámite del derecho de petición. PO-SIAU-001 Protocolo de atención al usuario con enfoque de humanización. INS-SIAU-001 Instructivo para los tiempos de respuesta a peticiones, quejas, reclamos. INS-SIAU-002 Instructivo calculo muestral para aplicación de encuestas. INT-SIAU-003 Instructivo para la aplicación de las encuestas de satisfacción usuarios externos. DP-SIAU-001 Política de participación ciudadana de la ESE Hospital La María. PN-SIAU-001 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. PO-SIAU-002 Protocolo de comunicación al paciente y su familia. INS-TSO-001 Instructivo de egreso del usuario por fallecimiento. MA-TSO-001 Manual de intervención trabajo social.	- Ley 100 de 1993. - Decreto 1011 de 2006 - Decreto 1757 de 1994 - Resolución 2063 de 2017 expresa "Adopta la política de participación social en salud (PPSS)". - Constitución Política Nacional de 1991 en sus Artículos 1, 2, 13, 20 y 23 - Decreto 780 de 2016, expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. - Decreto-ley 1298 de 1994 - Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud - Ley 850 de 2003 Veeduría Ciudadana - Ley 850 de 2003 Veeduría Ciudadana - Circular 008 de 2018 expresa en "Título VII: Protección Al Usuario Y Participación Ciudadana".

	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.	Código: MA-MCO-001
		Versión: 005
		Fecha: 30/09/2025

12. CONTROL DE CAMBIOS.

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
005	Actualización del contenido del documento a nueva plantilla institucional y actualización del mapa de procesos.	30/09/2025	Anna Maria Morales Monsalve Profesional de Calidad	Carlos Alonso García Berrio Líder de Calidad	Carlos Mauricio Martínez Flórez Gerente
004	-	Mayo 2023	-	-	-

13. REVISIÓN Y APROBACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

DOCUMENTÓ	REVISÓ	APROBÓ
Anna Maria Morales Monsalve Profesional de Calidad	Carlos Alonso García Berrio Líder de Calidad	Carlos Mauricio Martínez Flórez Gerente