

	MANUAL	MN02-GCA	
		Versión 01	Página 1 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

1. TABLA DE CONTENIDO

1. TABLA DE CONTENIDO.....	1
2. INTRODUCCION	1
3. OBJETIVO	1
4. ALCANCE	2
5. DEFINICIONES.....	2
6. RESPONSABLE	3
7. DESCRIPCION CONTENIDO DEL MANUAL.....	3
8. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA ...	53
9. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA.....	53

2. INTRODUCCION

El manual de procesos y procedimientos es un componente esencial del Sistema de Gestión de Calidad en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., destinado a servir como una herramienta de consulta continua para todos los colaboradores de la entidad. Su propósito es apoyar el desarrollo de acciones cotidianas que permitan cumplir con las competencias legales y constitucionales asignadas, así como alcanzar la misión y visión institucionales.

El manual se basa en un modelo de operación por procesos, alineado con los principios institucionales. Este modelo ayuda a administrar la entidad de manera estructurada, definiendo actividades que agregan valor, optimizando recursos, evitando duplicidad de funciones y estableciendo un mapa coherente de procesos. Además, constituye un soporte clave para el Sistema de Gestión de Calidad y fomenta la mejora continua en la prestación de servicios, lo que contribuye a la satisfacción de las partes interesadas.

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

3. OBJETIVO

Estandarizar las funciones y procedimientos de la entidad para optimizar la consecución de los objetivos institucionales, mediante la unificación de criterios internos y externos que aseguren un control efectivo. Esto incluye fortalecer los procesos de evaluación del Sistema de Gestión de Calidad, generando herramientas que apoyen la toma de decisiones, garanticen el mejoramiento continuo y aseguren el cumplimiento de los objetivos organizacionales

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 2 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

4. ALCANCE

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

5. DEFINICIONES

Sistema de Gestión de Calidad (SGC): Conjunto de políticas, procesos y procedimientos enfocados en garantizar que los productos o servicios cumplan con estándares de calidad y satisfagan las expectativas de los clientes.

ESE (Empresa Social del Estado): Organización pública dedicada a la prestación de servicios de salud, en este caso, el Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Mejora continua: Proceso de optimización constante de actividades y servicios para incrementar la eficacia, eficiencia y satisfacción de los usuarios.

MECI (Modelo Estándar de Control Interno): Herramienta establecida por el Decreto 1599 de 2005 para la gestión y control interno de las entidades públicas en Colombia.

Control interno: Proceso sistemático para garantizar el cumplimiento de metas organizacionales, prevenir riesgos y asegurar la eficiencia operativa.

PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar): Ciclo de mejora continua basado en la planificación, ejecución, evaluación y ajuste de los procesos.

Accesibilidad: Capacidad de los servicios de salud para estar disponibles y ser alcanzables por toda la población, sin barreras económicas, físicas o culturales.

Responsabilidad social: Compromiso de la organización con la comunidad, el medio ambiente y sus colaboradores, buscando generar un impacto positivo en la sociedad.

Eficiencia administrativa y financiera: Optimización de recursos humanos, económicos y físicos para lograr los objetivos de una organización pública con el menor costo posible.

Mapa de procesos: Representación gráfica de los procesos clave de una organización, mostrando su interrelación y secuencia.

Auditoría interna: Evaluación sistemática realizada por personal de la organización para verificar el cumplimiento de normas, políticas y objetivos de calidad.

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 3 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

Indicadores: Herramientas utilizadas para medir y analizar el desempeño de los procesos en una organización.

Satisfacción del usuario: Grado en el que los servicios prestados cumplen con las expectativas y necesidades del cliente o paciente.

Normatividad: Conjunto de leyes, decretos y regulaciones que rigen el funcionamiento de una organización o sector.

Transparencia: Actuar de manera abierta y clara en la gestión de recursos y toma de decisiones, garantizando la confianza de las partes interesadas.

Autocontrol: Capacidad de una persona o área para evaluar, regular y mejorar continuamente su desempeño en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Rentabilidad social: Beneficio que una institución pública aporta a la sociedad, especialmente a poblaciones vulnerables.

Competencia: Capacidad de una persona o equipo para desempeñar actividades específicas con conocimiento y habilidad.

Documentación del proceso: Registros, guías, manuales o procedimientos que describen las actividades de un proceso para garantizar su estandarización.

6. RESPONSABLE

Alta Dirección
Jefes de Área y Subgerentes
Jefe Control Interno
Auditores Internos de Calidad

7. DESCRIPCION CONTENIDO DEL MANUAL

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

Metodología Para La Elaboración Del Manual de Procesos y Procedimientos

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

Primera Fase: Sesiones de retroalimentación y revisión de los procesos y procedimientos de acuerdo a la normativa aplicable al SGC. El objeto de estas sesiones fue revisar los procesos y procedimientos que

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 4 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

conforman el Sistema De Garantía De La Calidad bajo la metodología AMFE y en el marco de la normativa aplicable. La revisión de las actividades y tareas se realizó con la participación de los líderes y los equipos de trabajo que hacen parte de la operación de los procesos y se recogieron sugerencias y propuestas de ajuste para la mejora continua de los procesos.

Segunda Fase: Ajustes y validación En esta fase, se analizaron las propuestas de modificación sugeridas por los trabajadores en las jornadas de retroalimentación, se realizaron y validaron los cambios pertinentes a los procedimientos, para su correspondiente implementación. Como parte del mejoramiento continuo de los Procesos y Procedimientos, se estudiaron, analizaron y establecieron en conjunto, con las dependencias de la ESE, que intervienen en cada uno de ellos, los cambios de cada actividad o fase de trabajo desarrollada, lo cual permitirá, tanto a los responsables como a los usuarios, evaluar y controlar su ejecución, facilitando de esta forma, evaluar las responsabilidades, en su seguimiento, como tarea de la Oficina de Control Interno.

Tercera Fase: Jornadas de Socialización La Divulgación se realizó en reuniones de grupos de servicio, y en jornadas de inducción específica y re inducción

Plataforma estratégica

Misión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, ubicado en el municipio de Palmira, Valle del Cauca, es una Empresa Social del Estado que ofrece atención en salud de baja complejidad y servicios complementarios; fundamentados en la calidad, seguridad, humanización, docencia servicio, responsabilidad social, inclusión, sostenibilidad financiera y ambiental, comprometidos con el mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades en salud y mejorar la calidad de vida de la comunidad y sus familias.

Visión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E para el año 2027, será reconocido en la comunidad Palmirana como una institución de salud confiable, por la calidad, integralidad de los servicios de salud y el control y transparencia de sus procesos, además de posicionarse como un referente en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Principios institucionales

Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud que ofrece el hospital deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información.

Aceptabilidad: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., y todos sus servidores públicos deben ser respetuosos de la ética médica y del derecho a la confidencialidad del paciente, y establece condiciones para responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida, en el marco de sus competencias.

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 5 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

Responsabilidad Social: Estamos comprometidos con la comunidad, el medio ambiente, nuestra competencia, colaboradores y sus familias

Equidad: En su condición de empresa pública, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., debe privilegiar su rentabilidad social adoptando políticas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección que constituyen su objetivo primigenio, con sujeción a sus competencias y a las políticas públicas de los organismos rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Calidad e Idoneidad Profesional: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., tiene como centro de su gestión empresarial el usuario y a su grupo familiar, y sujeta la prestación de servicios a los estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas y adoptadas por la normatividad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Por lo tanto, garantiza que el personal de la salud es adecuadamente competente, enriquecido con capacitación y actualización permanente.

Continuidad: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantiza una oferta permanente, continua y oportuna de servicios acorde a sus competencias. En desarrollo de este principio se establecen los procedimientos y etapas estrictamente necesarios para asegurar el cumplimiento de las funciones y servicios a cargo de la empresa, identificando que el desarrollo de los procesos no se vea afectado por dilaciones que retarden la gestión y obstaculicen la obtención del resultado.

Participación: El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantiza y estimula la participación de los usuarios en la gestión y fiscalización de la empresa, con sujeción a las normas y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Eficiencia Administrativa y Financiera: Objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsa la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

Valores institucionales

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, 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.

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

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 6 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

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

Vocación: Se trata de la disposición que inspira hacer un mejor trabajo en beneficio de la entidad, sus integrantes y sus usuarios.

Humanidad: Se entiende como la capacidad de sensibilizarse con las necesidades del usuario y su familia, así como de los compañeros de trabajo y demás partes.

Política de Calidad

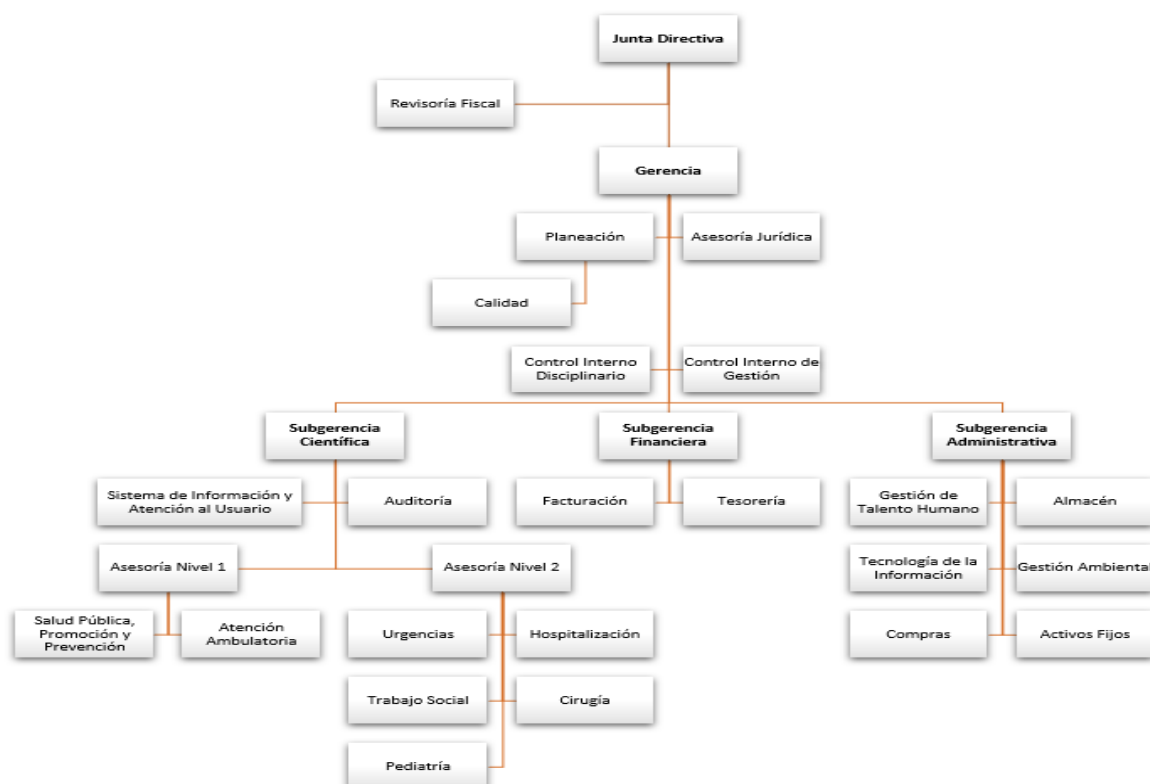
En el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., estamos comprometidos con la mejora continua y la transparencia en la ejecución de nuestros procesos institucionales, enfocados en ofrecer servicios de salud a través de nuestras sedes integradas en red, utilizando un sistema de gestión de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas, proporcionando una atención segura y de calidad que fortalezca los niveles de confianza con el usuario y su familia.

Objetivos de Calidad

- Mantener el proceso de certificación en el Sistema de Gestión de Calidad
- Fortalecer la gestión de los procesos a través del cumplimiento de los planes de mejoramiento
- Mantener los niveles de satisfacción del usuario
- Lograr reconocimiento de la IPS a través de la ejecución de los procesos institucional
- Articular el Direccionamiento estratégico a la cultura organizacional.

Estructura Orgánica

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



	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 7 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

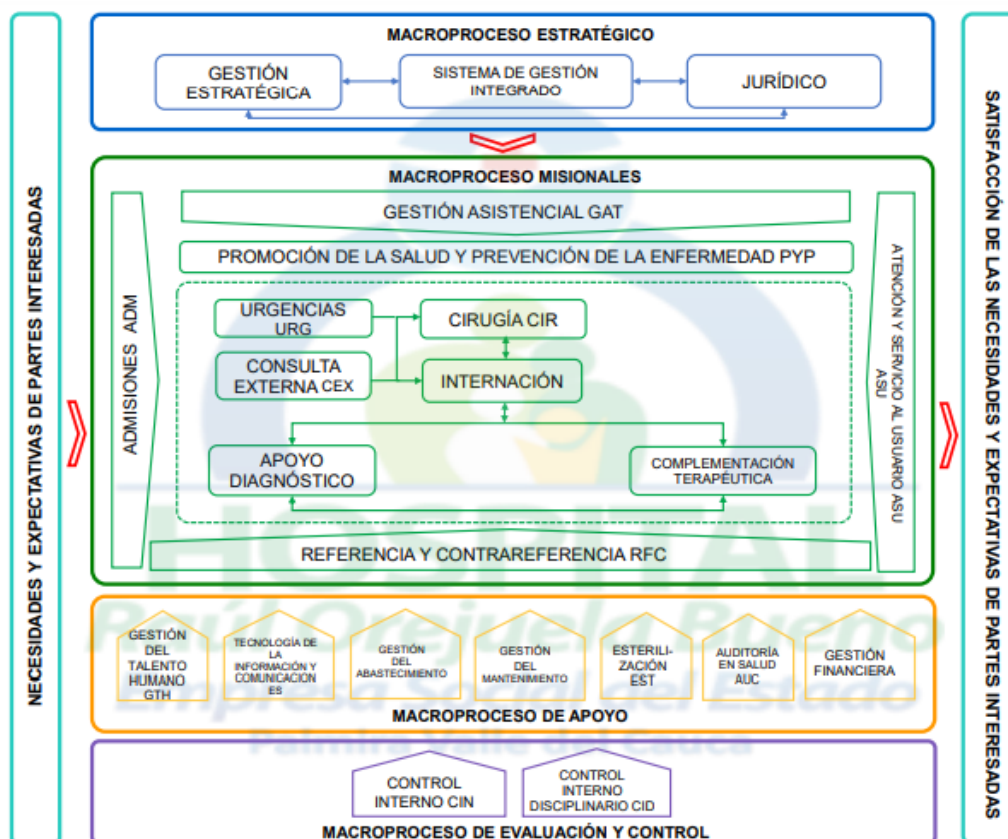
Enfoque Basado en Procesos

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

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

El enfoque basado en procesos adoptado por la organización asegura que todos los procesos estén interrelacionados como un sistema coherente, funcionando de manera alineada hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este enfoque, a su vez, genera confianza en la capacidad de los procesos y en la calidad de los servicios, proporcionando una base sólida para la mejora continua y el incremento constante de la satisfacción de los clientes

Mapa de Procesos



	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 8 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACION DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GERENCIA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA		CT-DIR
			Versión 02 Página 1 de 3
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y GERENCIA		Fecha Emisión: marzo de 2019 Fecha Revisión: noviembre de 2024 Fecha Actualización: noviembre de 2024

OBJETIVO DEL PROCESO: Orientar a la empresa social del estado hacia el desarrollo y mejoramiento continuo, mediante la planificación estratégica y el cumplimiento de requerimientos legales, en función de las metas establecidas, el incremento de la calidad de los servicios misionales y el cumplimiento de las expectativas y necesidades de las partes interesadas.

LIDER DEL PROCESO: Gerente

PARTICIPANTES PROCESO: Subgerente Administrativo/ Subgerente Financiero/ Subgerente Científico/Jefes Oficinas Asesoras y de Calidad/ Auxiliar Administrativa

ENTRADAS - Datos e información del contexto - Requerimientos legales - Compromisos establecidos en los Acuerdos de Voluntades. - Estatuto Junta Directiva. - Requisitos y entradas Revisión por la Dirección - Informe Satisfacción de los Usuarios - Requisitos SGC - Informes de entes externos - Acciones para abordar riesgos	PLANEAR - Análizar el contexto interno y externo del HROB y definición del Plan Estratégico de la institución - Análizar las partes interesadas, sus necesidades y expectativas. - Planificar acciones enfocadas en los riesgos y oportunidades detectadas en el análisis de contexto y partes interesadas. - Definir los Planes de Gestión, Planes de Desarrollo Institucional, y Planes Anuales de Inversión - Definir el Alcance del SGC - Definir la estructura de la entidad, así como las asignar las responsabilidades y autoridad - Establece cronograma de Junta Directiva. - Identificar recursos necesarios para la implementación del plan de desarrollo Institucional. - Definir el Sistema de Gestión de Riesgos - Programación del comité de Gestión y desempeño.	HACER - Validar la Visión, Misión, y Valores - Implementación de las estrategias. - Contratación de servicios, revisión y firma de contratos - Hacer referenciación comparativa y competitiva. - Ejecución del plan desarrollo Institucional y retroalimentación a la junta directiva. - Ejecución junta directiva. - Socialización a todo el personal el direccionamiento y los objetivos institucionales - Elaboración de los planes anuales de inversión, operativos, políticas, directrices - Ejecución del comité de Gestión y desempeño. - Aprobación de proyectos según necesidades. - Manejo y control (consecutivo) de los actos administrativos. - Manejo de documentos legales y reglamentarios - Realizar la rendición de cuentas hacia todos los niveles de la organización y comunidad. - Ejecución de revisión por la Dirección - Realizar actividades que propicien la toma conciencia en relación al cumplimiento de los requisitos normativos y organizacionales, incluyendo la política, los objetivos de calidad, etc. - Implementación del Sistema de Gestión de Riesgos	VERIFICAR - El personal conoce, entiende y aplica las directrices. - Verificar el desempeño de la organización por medio de la revisión del sistema. - Verificar cambios externos con la organización. - Seguimiento al plan de gestión y desarrollo institucional - Seguimiento al cumplimiento de las políticas institucionales. - Seguimiento a planes de mejora originados de la Revisión por la Dirección y de revisiones de entes externos - Cumplimiento de los planes anuales de inversión, operativos, políticas, directrices - Verificar la eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.	ACTUAR - Tomar acciones correctivas y de mejora de acuerdo a los resultados y las no conformidades identificadas. - Ajustar presupuestos. - Ajustar el plan Desarrollo Institucional. - Actualización del Direccionamiento (Misión, Visión). - Establecer planes de mejoramiento de acuerdo a las necesidades de la ejecución del plan Desarrollo Institucional.	SALIDA - Análisis de contexto - Matriz de partes interesadas - Direccionamiento Estratégico - Plan de Gestión y Desarrollo Institucional - Presupuesto y POAI - Revisión por la dirección - Alcance del SGC - Mapa Riesgo Institucional - Planes de Mejoramiento - Respuesta a las PQRS - Acuerdos Junta Directiva, Actas de Junta Directiva, Resoluciones - Organigrama, Mapa de Procesos, Funciones - Informe de rendición de cuentas - Política y Objetivos del SGC.	CLIENTES - Pacientes, y su familia - Servidores Públicos - Junta Directiva - Comunidad Civil - Entes de Vigilancia Y Control - Entes Reguladores - EAPB
--	---	--	---	---	--	--

MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación)

REQUISITOS CLIENTES Cumplir las políticas institucionales.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Confidencialidad de la información - Cumplimiento de la ley disciplinaria (Deberes, Derechos, Prohibiciones, Procedimientos, Garantías Procesales)	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Manual de funciones y competencias laborales.	RECURSOS SOPORTE - Sala de Juntas - Herramientas de Oficina; - Computador. - Internet. - Recursos financieros para la ejecución del plan desarrollo Institucional.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias	INDICADORES Según PS-DIR "Plan de Seguimiento y Control de Direccionamiento"
---	---	--	--	---	---	---

	MANUAL		MN02-GCA
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Versión 01 Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --
			Página 9 de 96

CARACTERIZACIÓN PLANEACIÓN

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	CT- PLN
	PLANEACIÓN	Versión 02 Fecha Emisión: marzo de 2019 Fecha Revisión: noviembre de 2024 Fecha Actualización: noviembre de 2024
		Página 1 de 4

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar apoyo técnico y acompañamiento a la Gerencia y a líderes de procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., para la definición de políticas, planes y programas, así como el seguimiento a los resultados de la gestión.

LIDER DEL PROCESO: Jefe Oficina Asesora de Planeación

PARTICIPANTES PROCESO: Gerencia/Subgerencias/Jefes de Oficina/Líderes de Proceso/Comunidad /Usuarios

ENTRADAS - Necesidades tendientes del entorno - Planes de Gestión y Desarrollo Institucional - Requerimientos legales. - Direccionamiento Estratégico - Informe revisión de la dirección al SGC. - Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Todos los procesos del HROB	PLANEAR - Adopción de las condiciones y de la metodología para la elaboración y evaluación de los Plan de Gestión, Plan de Desarrollo Institucional, Plan Operativo Anual por parte de la Gerente de las E.S.E. de acuerdo a la normatividad vigente - Planificar el presupuesto anual de inversiones de acuerdo con el Plan de Desarrollo Institucional - Adopción de la metodología para la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos de acuerdo a la normatividad vigente. - Planificar las acciones para el cumplimiento de las Políticas Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Planificar las acciones para la implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - Planificar acciones para la implementación de la Política de Participación Ciudadana	HACER - Elaborar el Plan de Gestión con los compromisos de la Gerencia, las metas de gestión y los resultados esperados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios - Implementar las acciones para mejorar el índice de desempeño institucional del MIGP - Brindar acompañamiento en las acciones de la Política de Participación Ciudadana - Realizar la divulgación y posterior seguimiento al cumplimiento de los planes, programas y proyectos institucionales. - Elaborar informes sobre el cumplimiento de los Planes Institucionales - Realizar cargue de la matriz del Plan Maestro de Inversiones para dar vía libre a proyectos - Definir y documentar la metodología para la administración de los riesgos	VERIFICAR - Cumplimiento de la normatividad vigente. - Coherencia con los planes operativos, de desarrollo, de acción. - Oportunidad de la presentación del Plan de Gestión a la Junta Directiva de acuerdo a los términos fijados en la normatividad vigente. - Resultados alcanzados en el índice de desempeño institucional - Seguimiento a las directrices establecidas en el procedimiento de Administración de Riesgos - Seguimiento al Cumplimiento del Programa de Ética Empresarial - Cumplimiento a los objetivos, metas e indicadores definidos en el PDI - Verificar cumplimiento Ley de Transparencia	ACTUAR - Revisión y ajuste a los Planes de Gestión, de Desarrollo Institucional y Operativos Anuales o de Inversión presentado a la Junta Directiva - Establecer planes de mejoramiento frente a desviaciones encontradas generadas en el ejercicio de autocontrol o auditorías externas - Revisar y ajustar las acciones planeadas para cumplir con el MIGP - Tomar acciones cuando existan incumplimientos frente a la: - Gestión de Riesgos - Ley de Transparencia - PTEE	SALIDA - Plan de desarrollo institucional - Plan Operativo Anual y de Inversiones - Política de Participación Ciudadana - Planes Institucionales - Políticas Institucionales - Manuales, Procesos, procedimientos - Mapa de Riesgos - Matriz de Indicadores - Informes Institucionales - Planes de Mejora - Informe Anual del Índice de Desempeño Institucional - Plan Maestro de Inversiones - Rendición de Cuentas
PROVEEDORES - Entes Reguladores. - Superintendencia de salud - Ministerio de protección social. - Gobernación del Valle - Miembros junta directiva. - Concejo municipal - Juntas de acción comunal - Alcaldía - EPS - Entidades de Apoyo - Comunidad Civil - Todos los procesos					CLIENTES - Las personas y su familia - Todos los procesos institucionales. - Entes Reguladores - Entes de Vigilancia - Funcionarios Públicos

REQUISITOS CLIENTES - Cumplimiento de las normas aplicables a la E.S.E. y políticas institucionales. - Gobernación del Valle del Cauca - Secretaría de Salud Municipal - Ministerio de Salud y Protección Social - Supersalud - Contraloría - Personería	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Confidencialidad de la información - Cumplimiento de la ley disciplinaria (Deberes, Derechos, Prohibiciones, Procedimientos, Garantías Procesales)	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normogramas" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Subistemas de Gestión Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según manual de funciones y competencias laborales	RECURSOS SOPORTE - Salones de capacitación. - Teléfono; - Computador. - Internet. - Recursos financieros para la ejecución del plan estratégico.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental y Transferencias	INDICADORES Según PS-CID "Plan de Seguimiento y Control de Gestión Estratégica"
---	---	---	---	---	--	--

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 10 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN GESTION DE CALIDAD

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT- GCA
			Versión 02
			Página 1 de 2
	GESTION DE CALIDAD		Fecha Emisión: Mayo de 2019 Fecha Revisión: Abril de 2022 Fecha Actualización: Abril de 2022

OBJETIVO DEL PROCESO: Promover la medición, el análisis y mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad, mediante la planificación e implementación de actividades de estandarización, acompañamiento y seguimiento a los procesos, con un enfoque de gestión de riesgos, con el fin de asegurar la conformidad y eficacia.

LIDER DEL PROCESO: Jefe Oficina de Calidad

PARTICIPANTES PROCESO: Contratista Profesional

ENTRADAS • Apertura y actualización de un servicio. • Requerimientos de estandarización de los procesos. • Resultado del informe de revisión del sistema de gestión. • Requerimientos de auditorías externas. • Planeación estratégica	PLANEAR • Planificar requerimientos de estandarización • Planificar auditorías internas y externas • Planear el mejoramiento continuo de los sistemas de gestión (ISO). • Planificar el seguimiento de no conformidades, planes de mejoramiento • Identificar posibles riesgos del proceso.	HACER • Consolidar cuadro de mando integral. • Estandarizar los procesos (gestión documental, indicadores). • Realizar auditorías internas y externas. • Realizar informe de revisión del sistema de gestión. • Realizar acompañamiento para la estandarización y mejora de procesos. • Actualizar documentos y/o registros según se requiera. • Realizar reporte a los entes reguladores. • Realizar planes que contribuya a la gestión de riesgos.	VERIFICAR • Seguimiento a la efectividad de los planes de mejoramiento. • Seguimiento a la gestión de mejoramiento continuo de los procesos. • Seguimiento a la ejecución de auditorías internas y externas. • Seguimiento a la actualización de los requerimientos de la normatividad. • Cumplimiento de requisitos de la información documentada. • Verificar la efectividad de las acciones tomadas.	ACTUAR • Ajustar planes de mejoramiento. • Implementar acciones de mejoramiento al Sistema de Gestión de Calidad	SALIDA • Informe de revisión del sistema de gestión. • Estandarización de los procesos.	
PROVEEDORES • Todos los procesos. • Entidades Externas. • Entes reguladores • EPS	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, espacios, ventilación)				CLIENTES • Todos los procesos. • Entidades Externas. • Entes reguladores • EPS	
REQUISITOS CLIENTES • Atención oportuna y eficiente de requerimientos	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Cumplimiento de cronogramas • Confidencialidad de la información.	REQUISITOS Legales • Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos • Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el acuerdo N°. 013 del 14 de setiembre de 2021 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE • Computador • Elementos de oficina. • Internet.	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Según PS-GCA "Plan de Seguimiento y Control de Gestión de la Calidad"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 11 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN GESTION AMBIENTAL

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-GAM	
			Versión 02	Página 1 de 2
	GESTIÓN AMBIENTAL		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: Septiembre de 2022 Fecha Actualización: Septiembre de 2022	

OBJETIVO DEL PROCESO: Prevenir y mitigar los impactos ambientales generados por la actividad misional del hospital a través de la identificación y control enfocados en la mejora continua y el aprovechamiento racional de los recursos.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Programa (Ambiental)

PARTICIPANTES PROCESO: N/A

ENTRADAS - Aspectos ambientales - Normatividad ambiental - Objetivos de la política ambiental institucional	PLANEAR - Realizar diagnóstico ambiental. - Elaborar estudio de impacto ambiental - Generar planes y programas de gestión ambiental. - Generar procedimientos para el control de los planes y programas - Definir cronogramas de actividades de gestión ambiental. - Identificar posibles riesgos del proceso. - Planeación de auditorías de control.	HACER - Ejecutar los planes y programas de gestión ambiental. - Aplicar listas de chequeo a través de rondas de inspección. - Realizar análisis Ambientales (vertimientos, residuos, ruido). - Ejecutar el comité ambiental. - Ejecución del cronograma de capacitaciones. - Ejecución del cronograma de actividades. - Identificación de aspectos e impactos ambientales. - Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. - Realización de auditorías de control.	VERIFICAR - Verificar el cumplimiento de la política ambiental. - Verificar el cumplimiento de los planes y programas ambientales. - Verificar el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente. - Verificar los resultados de las listas de chequeo y rondas de seguridad institucional. - Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. - Identificación de situaciones potenciales de emergencias y de accidentes que puedan generar impactos. - Seguimiento a Matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales.	ACTUAR - Establecer planes de mejoramiento. - Actualizar los planes y programas.	SALIDA - Adherencia a la política ambiental - Adherencia a programas ambientales - Informes solicitados por entes externos - Indicadores
PROVEEDORES - Todos los procesos. - Servicios tercerizados que están presentes en la institución. - Entes de control (Ministerio de ambiente y desarrollo territorial)	MEDIO AMBIENTE Luz artificial, aire acondicionado, pisos antideslizantes, paredes y techos en óptimas condiciones de acuerdo con las normas ambientales vigentes.				CLIENTES - Todos los procesos. - Servicios tercerizados que están presentes en la institución. - Entes de control.

REQUISITOS CLIENTES - Adecuada segregación en la fuente según el código de colores. - Buen uso de los recipientes - Buenas prácticas ambientales - Uso Eficiente de los recursos	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Contestación y Radicación oportuna de las acciones de mejora ante un ente de vigilancia y control.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Salones de capacitación. - Insumos y elementos de aseo - Termómetro - Nevera - Basculas - Elementos de protección personal - Recipientes fijos y rodantes - kit de toma de muestra pH	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-GAM "Plan de Seguimiento y Control" de Gestión Ambiental
---	---	---	--	---	---	--

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 12 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN SEGURDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT- SST	
			Versión 01	Página 1 de 2
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		Fecha Emisión: febrero de 2022	
			Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

OBJETIVO DEL PROCESO: Implementar programas de promoción, prevención y control de los peligros y riesgos asociados al trabajo, contribuyendo al mejoramiento de la seguridad y la salud de los trabajadores oficiales, servidores públicos y contratistas del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E.

LIDER DEL PROCESO: Líder de seguridad y salud en el trabajo

PARTICIPANTES PROCESO: Contratista de apoyo al Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

ENTRADAS - Servidores Públicos - Trabajadores Oficiales - Contratistas - Directrices organizacionales - Normatividad Vigente - Proveedores - Usuario y su familia - Comunidad	PLANEAR - Diagnosticar el SG-SST. - Establecer Plan de trabajo anual de SST. - Actualizar la matriz de peligros y riesgos de la institución. - Actualizar el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias. - Establecer cronograma de brigadas de emergencia. - Establecer cronograma del COPASST.	HACER - Desarrollar el plan de trabajo anual del SG-SST. - Gestionar los peligros y riesgos identificados en la matriz priorizando su intervención. - Gestionar y/o desarrollar las actividades enfocadas a la prevención, preparación y respuesta ante una emergencia. - Gestionar las actividades de capacitación y/o entrenamiento de la brigada de emergencias. - Gestionar las reuniones del COPASST. - Reportar e investigar los incidentes y accidentes laborales. - Desarrollar inspecciones de seguridad planeadas. - Suministrar los EPP al personal. - Desarrollar las actividades de inducción y capacitación definidas en el SG-SST. - Gestionar y/o desarrollar las actividades de los Sistema de vigilancia epidemiológica.	VERIFICAR - Verificar el cumplimiento del plan de trabajo anual del SG-SST. - Verificar la gestión e intervención de los peligros y riesgos prioritarios de la institución. - Verificar el cumplimiento de actividades para la prevención, preparación y respuesta ante una emergencia. - Verificar el cumplimiento de las actividades de la brigada de emergencia. - Verificar el cumplimiento de las reuniones del COPASST. - Verificar mediante los registros los reportes, investigaciones y acciones realizadas respecto a la investigación de incidente y accidentes laborales. - Verificar el cumplimiento de las inspecciones planeadas. - Verificar la entrega de EPP al personal. - Verificar el cumplimiento de la inducción y capacitación definidas en el SG-SST. - Verificar el cumplimiento de las actividades propuestas en los Sistema de vigilancia epidemiológica.	ACTUAR - Implementar planes de mejoramiento institucional. - Ajustar las actividades propuestas de SG-SST.	SALIDA - Cumplimiento a la política de seguridad y salud en el trabajo. - Cumplimiento de las actividades del plan de trabajo del SG-SST. - Informes de gestión del SG-SST.	
PROVEEDORES - Entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud. EPS, ARL. - Entidades Reguladores - Gerencia - Todos los procesos institucionales - Talento Humano - Contratistas - Proveedores	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, espacios, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.)				CLIENTES - Todos los procesos institucionales - Entidades Reguladores - Servidores Públicos - Trabajadores Oficiales - Contratistas - Proveedores - Usuario y su familia - Comunidad	
REQUISITOS CLIENTES - Atención oportuna y eficiente de requerimientos - Personal cubierto en riesgos laborales.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas - Confidencialidad de la información - Pago oportuno al sistema general de seguridad social.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Salones de capacitación. - Ayudas Audiovisuales. - Teléfono. - Elementos de oficina. - Internet.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-SST "Plan de Seguimiento y Control" de seguridad y salud en el trabajo

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 13 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN GESTION DE CONTRATACIÓN

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-GCN	
			Versión 03	Página 1 de 2
	GESTION DE CONTRATACIÓN		Fecha Emisión: Marzo de 2019 Fecha Revisión: Marzo de 2024 Fecha Actualización: Marzo de 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO: Ejecutar de manera eficiente y eficaz los procesos y/o trámites administrativos de la gestión contractual del Hospital Raúl Orejuela Buenos ESE.

LIDER DEL PROCESO: Jefe Oficina Asesora Jurídica

PARTICIPANTES PROCESO: Profesionales Abogados, Contratistas de apoyo a la gestión y Asesor jurídico externo.

ENTRADAS - Estudios previos - Documentos Precontractuales. - Procesos contractuales a través de la Plataforma SECOP II - Solicitud de adiciones a los contratos.	PLANEAR Planificar al interior de la Oficina Asesora Jurídica, el proceso contractual.	HACER - Analizar y revisar los Estudios Previos y documentos precontractuales - Elaborar contratos - Asignar numeración y fecha a los contratos. - Proyectar la designación de Supervisoría. - Proyectar Resolución de Aprobación de pólizas. - Legalizar documentos en REFAST - Publicar los contratos en la plataforma del SECOP - Rendir la gestión contractual al SIAOBSERVA, SIHO 2193 Supersalud, SIACONTRALORIA y página web de la Entidad. - Realizar adiciones a los contratos.	VERIFICAR - Revisar la documentación precontractual allegada a la Oficina Asesora Jurídica. - Verificar que la información publicada y rendida a las diferentes plataformas se realice en los términos de ley. - Verificar las pólizas aportadas por los contratistas.	ACTUAR Realizar análisis jurídico-legal al interior de la Oficina Asesora Jurídica respecto de la gestión contractual.	SALIDA - Contratos - Actos administrativos de asuntos contractuales - Resolución de aprobación de pólizas - Contestación a requerimientos y/o auditorías realizadas por los Entes de Control.
PROVEEDORES - Contratistas - Subgerencias - Supervisores					CLIENTES - Contratista (persona natural o persona jurídica) - Subgerencia y Líderes de procesos del Hospital - Entes de control
MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación y ventilación), condiciones para el archivo de documentos					

REQUISITOS CLIENTES - Atención oportuna y eficiente de los requerimientos. - Transparencia en el proceso contractual.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de tiempo para la elaboración de minutos contractuales.	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Subsistemas de Gestión de Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Manual de funciones y competencias laborales.	RECURSOS SOPORTE - Computadores - Conectividad internet y correos - Mobiliario de oficina - R-Fast - Archivo.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Ver "Plan de Seguimiento y Control de Gestión de la Contratación y Gestión Jurídica"
--	---	--	--	--	---	---

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 14 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN GESTION JURIDICA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-GJD
			Versión 03
			Página 1 de 2
	GESTION JURIDICA		Fecha Emisión: Marzo de 2019 Fecha Revisión: Marzo de 2024 Fecha Actualización: Marzo de 2024

OBJETIVO DEL PROCESO: Ejecutar de manera eficiente y eficaz los Procesos y/o Trámites Administrativos y de Representación Judicial, que en efecto realice la Ofician Asesora Jurídica del Hospital.

LIDER DEL PROCESO: Jefe Oficina Asesora Jurídica

PARTICIPANTES PROCESO: Abogado Apoderado, Asesor Jurídico externo de gerencia, Abogados contratista y Contratistas de apoyo a la gestión.

ENTRADAS • Demandas • Acciones de Tutela • Derechos de petición. • Solicitudes de conciliación • Reclamaciones Administrativas. • Solicitud de Conceptos Jurídicos. • Requerimientos de Entes de Control.	PLANEAR • Analizar los términos de las demandas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control, con el fin de planear la estrategia jurídico-legal para dar respuesta a los mismos. • Convocar al Comité de Conciliación y Defensa Judicial.	HACER • Dar contestación oportuna a las demandas instauradas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control. • Representar judicial y extrajudicialmente a la Institución dentro de los términos de ley con profesional idóneo. • Proyectar y/o revisar Actos Administrativos que al efecto expida al Gerencia. • Requerir a las Subgerencias y Líderes de Proceso para que brinden oportunamente información con el fin de dar trámite a demandas instauradas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control. • Asistir al Comité de Conciliación y Defensa Judicial que al efecto convoque el secretario técnico del mismo.	VERIFICAR • Verificar que las demandas instauradas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control, se les de contestación oportuna en los términos de ley, establecidos para cada uno de ellos. • Verificar que la información brindada por las Subgerencias y/o Líderes de Proceso, corresponda al requerimiento realizado. • Realizar seguimiento continuo a procesos judiciales, trámites extrajudiciales y asuntos administrativos internos.	ACTUAR • Realizar análisis al interior de la Oficina Asesora Jurídica respecto de los resultados que se generen de las demandas instauradas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control	SALIDA • Contestación en término de las demandas instauradas, acciones de tutela, solicitudes de conciliación, derechos de petición, reclamaciones administrativas y requerimientos de Entes de Control. • Proyección y/o revisión de Actos Administrativos	
PROVEEDORES • Usuarios • Entes de Control • Juzgados y Tribunales. • Gerencia • Ventanilla Única HROB. • Entidades Públicas y Privadas. • Atención y servicio al usuario. • Superintendencia • Gobernación. • Secretaría de Salud • Municipio.	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación y ventilación), condiciones de almacenamiento de archivo					
REQUISITOS CLIENTES • Transparencia en la información. • Oportunidad en la respuesta. • Cumplimiento de la normatividad vigente.	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Actuar conforme a las decisiones de los Comités establecidos en la Institución según el caso que corresponda.	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Subsistemas de Gestión de Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Manual de funciones y competencias laborales.	RECURSOS SOPORTE • Equipos de cómputo. • Conectividad Internet. • Mobiliario de oficina	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Ver "Plan de Seguimiento y Control de Gestión Jurídica"

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 15 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN DE TALENTO HUMANO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-GTH
			Versión 02 Página 1 de 2
	GESTION DEL TALENTO HUMANO		Fecha Emisión: mayo 2019 Fecha Revisión: mayo 2024 Fecha Actualización: mayo 2024

OBJETIVO DEL PROCESO: Administrar el personal vinculado, promoviendo y desarrollando estrategias encaminadas a la gestión y desarrollo del Talento Humano, de conformidad con la ley laboral, contribuyendo a su bienestar y mejoramiento de competencias laborales.

LIDER DEL PROCESO: Jefe de Oficina de Talento Humano

PARTICIPANTES PROCESO: Técnico Administrativo, Profesional Universitario, Profesional Especializado

ENTRADAS • Servidores Públicos • Necesidad de personal	PLANEAR • Planificación Estratégica del Talento Humano • Planificación de la Previsión del Talento Humano necesario para el funcionamiento de los servicios y áreas. • Planificación Anual de Vacantes • Planificación de Capacitaciones. • Definir Plan Bienestar Social Laboral e Incentivos • Planificación en la generación de nómina y vacaciones.	HACER • Vincular personal. • Realizar inducción y reintroducción del personal. • Identificar y tramitar situaciones y novedades administrativas. • Capacitar al talento humano. • Implementar programa de bienestar social • Realizar evaluación de desempeño • Administrar historia laboral • Elaborar nómina y prestaciones sociales • Tramitar autorizaciones ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) dentro de los procesos de carrera administrativa. • Realizar acompañamiento al comité de convivencia laboral y bienestar social • Enviar al proceso de control interno disciplinario los diferentes casos cuando sea pertinente. • Elaborar y presentar informes • Realizar retiro del personal	VERIFICAR • Comprobar asistencia y adherencia a la inducción y reintroducción • Verificar perfil y requisitos en hoja de vida del personal vinculado • Evaluar cumplimiento de los compromisos acordados en la evaluación de desempeño y verificar cumplimiento en las fechas establecidas en la normatividad vigente • Verificar la actualización de la información en el SIGEP (Sistema de Información y gestión del Empleado Público) • Realizar seguimiento y control de las actividades del proceso • Evaluar satisfacción de actividades del programa de bienestar social	ACTUAR • Implementar los planes de mejoramiento por proceso individual o institucional • Implementar acciones de mejoramiento del proceso	VALIDAR • Talento Humano disponible, idóneo, competente y comprometido en un buen ambiente laboral • Diapositivas/Folleto	
PROVEEDORES • Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) • Fuentes de Reclutamiento, clasificados y recomendaciones	MEDIO AMBIENTE Lugar para archivar las historias Laborales, iluminación artificial, aire acondicionado.				CLIENTES • Todos los procesos institucionales. • Entidades Reguladores.	
REQUISITOS CLIENTES • Atención oportuna y eficiente de requerimientos • Personal competente alineado con la Cultura Organizacional	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Confidencialidad de la información • Directrices organizacionales	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR1-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-756 del 01 de noviembre de 2023,	RECURSOS SOPORTE • Auditorios. • Ayudas Audiovisuales. • Teléfono. • Computador. • Internet.	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD	INDICADORES Según PS-TH "Plan de Seguimiento y Control" de Gestión del Talento Humano"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 16 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACION SEGURIDAD DEL PACIENTE

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-SGP	
			Versión 01	Página 1 de 2
	SEGURIDAD DEL PACIENTE		Fecha Emisión: Julio de 2022 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: ----	

OBJETIVO DEL SUB-PROCESO (Seguridad del Paciente): Reconocer una cultura de atención segura al usuario y su familia, mediante la estandarización de actividades proactivas y la implementación de herramientas que permite la identificación de acciones seguras para los posibles eventos adversos e incidentes.

LIDER DEL PROCESO: Referente de Seguridad del Paciente.

PARTICIPANTES PROCESO: Lideres de los servicios asistenciales

ENTRADAS - Notificaciones de acciones inseguras por los diferentes servicios asistenciales. - Notificaciones de acciones inseguras por los diferentes comités integrantes del proceso. - Hallazgos de las diferentes rondas de seguridad	PLANEAR - Programar rondas de seguridad. - Programar comité de seguridad del paciente e infecciones. - Programar los planes de mejora frente los E.A e incidentes notificados que generan alto impacto en la atención de los usuarios y familia - Programar los planes de mejora frente a los hallazgos encontrados en las diferentes rondas de seguridad. - Identificar posibles riesgos del proceso	HACER - Ejecutar las diferentes rondas de seguridad y comité de seguridad del paciente e infecciones - Retroalimentar a los diferentes servicios asistenciales sobre el análisis de los E.A e incidentes notificados. - Elaborar y ejecutar planes de mejora derivados de los E.A e incidentes notificados y de los hallazgos encontrados en las diferentes rondas de seguridad. - Direccionar acciones que permitan la adherencia a las metas de seguridad del paciente. - Promover cultura justa y no punitiva que facilite la notificación oportuna de los E.A e incidentes. - Dar respuesta a las solicitudes referentes a la seguridad del paciente hacia las entidades externas cuando la solicitan. - Velar por el cumplimiento de Derechos y Deberes.	VERIFICAR - Verificar la ejecución de las diferentes rondas de seguridad y comité de seguridad del paciente e infecciones. - Verificar la adherencia a las metas de seguridad del paciente - Evaluar la cultura justa y no punitiva que facilite la notificación oportuna de E.A e incidentes. - Verificar la efectividad de la ejecución de los planes realizados frente a los eventos de alto impacto. - Verificar la adherencia de la política de seguridad del paciente	ACTUAR Generar planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados encontrados.	SALIDAS. - Informe de gestión - Informes referentes a la seguridad del paciente hacia las entidades externas cuando la solicitan. - Reporte de E.A e incidentes a líderes procesos
PROVEEDORES Los diferentes servicios asistenciales.	AMBIENTE DE TRABAJO Áreas en donde se prestan servicios de salud.				CLIENTES - Usuarios - Procesos asistenciales y administrativos - EAPB - Entes de control

REQUISITOS CLIENTES Seguridad, oportunidad y calidad en la atención.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR04-GCA "Normograma" Riesgos Según FR02-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementan manuales de funciones y competencias laborales del Hospital Raúl Orejuela Bueno, E.S.E., de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Computador - Teléfono - Correo Electrónico - Internet. - Papelería. - R-FAST	DOCUMENTOS SOPORTE Según FR1-GCA "Listado Maestro de Documentos" de Seguridad del Paciente	INDICADORES Según PS-SGP "Plan de Seguimiento y Control" de Seguridad del Paciente.
---	--	--	--	---	---	--

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 17 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACION VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN CLÍNICA		CT-VEP
			Versión 01 Página 1 de 2
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		Fecha Emisión: Junio de 2022 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

OBJETIVO DEL PROCESO: Identificar, analizar e intervenir de forma rutinaria la ocurrencia de eventos que puedan generar brotes y epidemias, con el fin de incidir positivamente la morbilidad y mortalidad de la población atendida.

LIDER DEL PROCESO: Líder de salud pública

PARTICIPANTES PROCESO: Epidemiólogo, Auxiliar Sívigila, Auxiliar Infecciosas

ENTRADAS - RIPS de atención - Fichas de Notificación - Información de las Historias clínicas. - Alertas Epidemiológicas. - Reportes de laboratorio interno y departamental. - Notificación de evento. - Busca activa comunitaria. - Base de nacimientos y defunciones plataforma Ruaf v2	PLANEAR - Programar la revisión de las notificaciones y pruebas de laboratorio. - Planificar estrategias según contingencias epidemiológicas detectadas por nuestro sistema de vigilancia. - Planificar estrategias de búsqueda activa y pasiva de los diferentes eventos de notificación obligatoria. - Planificar estrategias de contingencia según las alarmas epidemiológicas emitidas por entes de control. - Planificar la realización del comité de vigilancia epidemiológica. - Planificar la realización del comité de estadísticas vitales	HACER - Realizar la vigilancia y reporte de los eventos de notificación obligatoria a SIVIGILA. - Notificar en el SVMMBW . sistema de vigilancia basado en la web - Realizar BAI y BAC - Realizar unidades de análisis institucionales acorde a los lineamientos establecidos por el INS. - Análisis de información y reporte de hallazgos a las áreas asistenciales. - Realizar actividades de investigación. - Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. - Participar en el comité de mortalidad. - Educar al paciente, y su familia acerca de la prevención de infecciones. - Socializar Procedimientos, protocolos (INS y los implementados por la institución) y demás documentos requeridos del proceso, y RUAF. - Medir indicadores de enfermedades de interés en salud pública - Ejecutar cronograma de reuniones de comités. - Consolidar información de casos de nacimientos y defunciones.	VERIFICAR - Verificar la adherencia a los protocolos de tratamiento. - Verificar cumplimiento a planes de mejoramiento con el apoyo de calidad - Verificar el cumplimiento a los lineamientos nacionales de las EISP (Eventos de notificación obligatoria) - Verificar el adecuado diligenciamiento del RUAF. - Realizar seguimiento a los indicadores de vigilancia en salud publica - Vigilar activamente los eventos relacionados con las IAAS. - Vigilar la morbi/mortalidad en la institución.	ACTUAR - Implementar acciones que permitan el mejoramiento y control del proceso. - Sensibilizar al personal de la importancia de reportar los casos referentes a vigilancia epidemiológica. - Divulgar en la institución la información referente eventos adversos, estadísticas vitales y eventos de interés en salud pública	SALIDAS. - normas, procedimientos, protocolos, programas de educación continuada y de orientación de servicio - Informes y entregas requeridas por los entes de control - Alertas tempranas a diferentes estamentos - Reporte RUAF y SIVIGILA, SVMMBW - Informe de indicadores de estadísticas vitales - Indicadores de EISP
PROVEEDORES - Los diferentes servicios asistenciales. - Entes de control (ministerio de salud, instituto nacional de salud, secretaria departamental, secretaria salud municipal). - Laboratorio clínico y de referencia. - EPS - Comunidad.	AMBIENTE DE TRABAJO Luz artificial, aire acondicionado				CLIENTES - Usuarios - Procesos asistenciales y administrativos - EPSs - Entes de control - Comunidad científica y académica

REQUISITOS CLIENTES - Seguridad, oportunidad y calidad en la atención. - Cumplimiento de Derechos y Deberes del usuario. - Seguimiento y acompañamiento en las oportunidades de mejora	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales Según 111.42.1.01 "Normograma" Riesgos Según 112.42.1.01 "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementan unas modificaciones al manual de funciones y competencias laborales del Hospital Raúl Orejuela Bueno, E.S.E. del Municipio de Palmira, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Computador - Teléfono - Correo Electrónico - Internet. - Papelería. - Celular	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Documentos". - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según "Plan de Seguimiento y Control" de Vigilancia Epidemiológica
---	---	--	--	---	---	---

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 18 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACION DOCENCIA SERVICIO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS GESTION ASISTENCIAL		CT-DCS
			Versión 02 Página 1 de 2
	DOCENCIA SERVICIO		Fecha Emisión: Julio de 2020 Fecha Revisión: Septiembre de 2022 Fecha Actualización: Septiembre de 2022

OBJETIVO DEL SUB-PROCESO: Realizar formación Docente-asistencial en los diferentes servicios del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., como escenario de práctica, con el fin de contribuir en la formación de profesionales de la salud, con un enfoque de responsabilidad social.

LIDER DEL PROCESO: Coordinador de Docencia y Servicio

PARTICIPANTES PROCESO: Lideres Procesos Asistenciales, Docentes, Instituciones de Educación Superior y/o Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, Estudiantes.

ENTRADAS Convenios.	PLANEAR - Establecer y revisar la política docencia-servicio e investigación. - Establecer las formas de seguimiento a los convenios. - Establecer el Reglamento de Prácticas Formativas de la Institución.	HACER - Revisar propuestas de convenios docencia-servicio. - Establecer convenios con Instituciones Educativas e Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. - Elaborar plan de prácticas formativas. - Actualizar periódicamente el mapa de práctica de los cupos ofertados. - Realizar Comités docente asistenciales - CODAs. - Admitir estudiantes para inicio de practica formativa. - Hacer inducciones obligatorias para estudiantes y docentes. - Realizar Rondas de verificación de cumplimiento de reglamento institucional.	VERIFICAR - Verificar cumplimiento de los convenios. - Verificar los requisitos documentales de los estudiantes para iniciar práctica. - Verificar a través de los líderes de proceso el cumplimiento de las políticas institucionales. - Verificar el cumplimiento del reglamento interno. - Verificar el uso de elementos de protección personal.	ACTUAR Identificar oportunidades y acciones de mejora.	SALIDAS. Ejecución de convenios.	
PROVEEDORES - Instituciones de Educación Superior. - Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.	AMBIENTE DE TRABAJO Luz artificial, aire acondicionado, mobiliario de oficina				CLIENTES - Instituciones de Educación Superior. - Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.	
REQUISITOS CLIENTES Escenario de practicas con buenas condiciones para fomentar el componente práctico del proceso enseñanza-aprendizaje.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas. - Establecer convenios interdisciplinarios	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según 112.42.1.01 "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el acuerdo N°. 013 del 14 de setiembre de 2021 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Computador - Teléfono - Correo Electrónico - Internet. - Papelería. - Áreas para estudiantes - Lockers	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Documentos". - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según "Plan de Seguimiento y Control" de docencia servicio.

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 19 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACION URGENCIAS

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-URG
			Versión 03 Página 1 de 2
	URGENCIAS		Fecha Emisión: julio 2019 Fecha Revisión: noviembre de 2024 Fecha Actualización: noviembre de 2024

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar una atención médica de abordaje integral a los usuarios, identificando de manera oportuna y segura, signos y síntomas durante la priorización del Triage, con el fin de definir conducta acorde a su patología y dar continuidad de manejo clínico en la atención desde la humanización y seguridad del paciente.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Urgencias

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos, Auxiliares de enfermería, jefes de enfermería, Especialistas, facturación.

ENTRADAS - Documentos de admisión. - Código de aceptación de referencia.	PLANEAR - Planificar la disponibilidad del personal asistencial por turno necesario para la atención. - Planificar la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para la realización de los procedimientos. (atención) - Planificar la disponibilidad de equipos biomédicos e instrumental médico necesario para la realización de los procedimientos. - Elaborar el plan de actividades de enfermería para la atención de los pacientes en el servicio de urgencias. - Elaborar indicadores de monitorio del comportamiento del servicio para la toma de decisiones	HACER - Identificar y Clasificar triage I, II, III, IV. - Valoración y anamnesis por el médico de turno - Toma y solicitud de exámenes de laboratorio, diagnósticos y procedimientos. - Atención de enfermería, cumplimiento de Órdenes médicas. - Observación y revisión del paciente por sistemas y definir conducta del paciente. - Informar al paciente y familiar el estado actual de salud. - Dar recomendaciones al egreso. - Remitir los pacientes cuando los requisitos del tratamiento así lo requieran. - Dar respuesta a IPS del paciente remitido.	VERIFICAR - Funcionalidad de los recursos para la prestación del servicio. - Cumplimientos de ordenes médicas - Verificar resultados de eventos adversos e indicios de acciones inseguras reportados. - Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. - Verificar estado del carro de paro y candado. - Verificar resultados de indicadores. - Verificar hallazgos de auditorias	ACTUAR - Revaloración del estado de salud del paciente. - Solicitar documentación faltante para la realización del procedimiento. - Implementación de acciones frente a las desviaciones presentadas. - Implementar acciones inmediatas ante indicadores en alerta	SALIDA - Historia Clínica. - Traslado de Pacientes a Hospitalización, cirugía, consulta externa o sala de paz - Egreso del usuario con su respectivo plan de tratamiento y recomendaciones ordenes de tratamiento.				
PROVEEDORES - Admisiones - referencia y contrarreferencia. - paramédicos - usuario y familiar. - SOAT - EAPB					CLIENTES ☐ Usuarios - Proceso de Cirugía, hospitalización ☐ EAPB				
MEDIO AMBIENTE Condiciones de habitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicione o sustituyan									

REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la ejecución de procedimientos. - Seguridad en los servicios. - Humanización de los servicios.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de los derechos y deberes.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementa el manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Sala de urgencias. - Dotación del carro de paro. - Medicamentos e insumos. - Instrumental y paquetes estériles. - Computadores - Conectividad internet y correos	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos"	INDICADORES Ver PS-URG "Plan de Seguimiento y Control de urgencias"
--	--	--	---	--	--	--

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 20 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACION CIRUGÍA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-CIR
			Versión 02 Página 1 de 2
	CIRUGIA		Fecha Emisión: Julio de 2019 Fecha Revisión: Junio de 2022 Fecha Actualización: Junio de 2022

OBJETIVO DEL PROCESO: Realizar intervenciones quirúrgicas de manera integral, que permita mejorar la expectativa y calidad de vida del usuario teniendo en cuenta la oportunidad, continuidad y seguridad, contribuyendo en la recuperación de la salud del usuario.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Cirugía.

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos Cirujanos, Médicos Especialistas, Anestesiólogos, Instrumentadores quirúrgicos, Circulantes de quirófanos, Enfermeros jefes, Auxiliares de enfermería.

ENTRADAS - Historia Clínica. - Orden de cirugía autorizada por la EPS. - Exámenes de Laboratorio. - Procedimiento de Urgencia.	PLANEAR - Acondicionamiento de la sala de acuerdo con el procedimiento de cirugía - Programar la cirugía diaria. - Programar el personal médico asistencial. - Preparar paquetes quirúrgicos estériles. - Revisar disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos biomédicos para cirugía. - Reserva de Sangre al Servicio de Laboratorio. - Reserva de Cama en el Servicio de Hospitalización.	HACER - Realizar charla prequirúrgica al paciente. - Realizar el procedimiento quirúrgico. - Efectuar la recuperación y/o traslado a Hospitalización del paciente posquirúrgico. - Solicitar la referencia de paciente que por su estado de salud demanda un nivel de complejidad mayor. - Velar por el cumplimiento de los Deberes y Derechos.	VERIFICAR - Verificar la preparación del paciente. - Verificar la historia clínica. - Verificar las condiciones para la realización de cirugía. - Verificar de condiciones post quirúrgicas. - Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. - Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras.	ACTUAR - Solicitar documentación faltante para la realización del procedimiento. - Seguimiento a planes de mejoramiento según resultados de verificación de las condiciones para la cirugía. - Implementación de acciones frente a las desviaciones presentadas.	SALIDA - Historia Clínica. - Usuarios con procedimiento quirúrgico realizado. - Traslado de Pacientes a Hospitalización. - Egreso del usuario con su respectivo plan de tratamiento y recomendaciones post quirúrgicas, ordenes de tratamiento.	
PROVEEDORES - Proceso de Urgencias. - Proceso de Hospitalización - Proceso de Consulta Externa. - Proceso de Admisiones. - Laboratorio (Banco de Sangre).	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019				CLIENTES - Usuarios. - Proceso de Hospitalización. - EAPB.	
REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la ejecución de procedimientos. - Seguridad en los servicios. - Humanización de los servicios.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de los derechos y deberes.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementan modificaciones al manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Sala de urgencias. - Dotación del carro de paro. - Medicamentos e Insumos. - Instrumental y paquetes estériles. - Computadores - Conectividad internet y correos	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales	INDICADORES Ver PS-CIR "Plan de Seguimiento y Control de Cirugía"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 21 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN GINECO-OBSTETRICIA

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE INTERNACION		CT-HGO	
			Versión 03	Página 1 de 2
	HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA		Fecha Emisión: Julio de 2019 Fecha Revisión: agosto de 2022 Fecha Actualización: Agosto de 2022	

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar atención integral a usuarias que requieran del servicio gineco-obstetricia de baja y mediana complejidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud de manera segura, oportuna, continua y pertinente.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Gineco-obstetricia.

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos Generales, Médicos Especialistas, Auxiliares de Enfermería, Enfermeros Jefes, Residentes.

ENTRADAS - Historia Clínica. - Orden de cirugía o atención del parto autorizada por la EPS. - Exámenes de Laboratorio. - Procedimiento de Urgencia.	PLANEAR - Analizar necesidad de personal - Analizar necesidad de insumos y medicamentos. - Analizar necesidad de servicios e insumos interdependientes. - Realizar planeación de los servicios y programación de turnos para cubrimiento de necesidad. - Realizar solicitud de insumos, medicamentos y equipos. - Realizar programación de actividades de mejoramiento continuo del proceso.	HACER - Ingresar usuaria a sala de Hospitalización o atención integral del parto. - Valorar ingreso y determinar plan de cuidado. - Cumplir las órdenes médicas, en relación con el servicio. - Diligenciar Historia Clínica - Realizar atención Integral de usuarias en parto, posparto y/o atención al recién nacido. - Realizar atención integral de usuarias con alteración ginecológica - Notificar enfermedades de interés en salud pública. - Informar, comunicar y educar al paciente y familiares. - Dar egreso a usuarios	VERIFICAR - Validar cumplimiento de las ordenes médicas. - Evaluar periódicamente al paciente para visualizar cambios - Verificar la identificación de pacientes y sus riesgos. - Verificar a través de rondas de seguridad del paciente, la aplicación de prácticas seguras. - Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. - Verificar el cumplimiento de requisitos y ordenes de la historia clínica. - Participar de comités de gestión clínica	ACTUAR - Implementar acciones de mejora frente a las desviaciones identificadas en el proceso - Fortalecer procedimientos en el marco de las actualizaciones normativas.	SALIDA - Historia Clínica. (epicrisis) - Usuarios con condición clínica estable. - Traslado de Pacientes a IPS de mayor complejidad. - Egreso del usuario con su respectivo plan de tratamiento y recomendaciones post parto, incluyendo ordenes de tratamiento.	
PROVEEDORES - Proceso de Urgencias. - Proceso de Cirugía. - Ruta Materno Perinatal. - IPS del área de influencia	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan.				CLIENTES - Usuarios. - Proceso de referencia y contrarreferencia. - IPS de mayor complejidad. - Servicio de Cirugía.	
REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la atención en salud. - Seguridad en los servicios. - Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el acuerdo N°. 013 del 14 de setiembre de 2021 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Dotación del carro de paro. - Medicamentos e Insumos. - Instrumental y paquetes estériles. - Computadores - Conectividad internet y correos - Equipos Biomédicos	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Ver PS-HGO "Plan de Seguimiento y Control de Hospitalización Gineco-Obstetricia"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 22 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO INTERNACION		CT-HOP	
			Versión 02	Página 1 de 2
	HOPITALIZACION PEDIATRIA		Fecha Emisión: Julio de 2019 Fecha Revisión: Julio de 2022 Fecha Actualización: Julio de 2022	

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar atención integral a usuarios que requieren el servicio de hospitalización pediátrica de baja y mediana complejidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud de manera segura, oportuna, continua y pertinente.

LIDER DEL PROCESO: Coordinador de hospitalización pediátrica.

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos generales, médicos especialistas, auxiliares de enfermería, enfermeros jefes.

ENTRADAS - Historia Clínica. - Orden de cirugía autorizada por la EPS. - Exámenes de Laboratorio. - Procedimiento de Urgencia.	PLANEAR - Acondicionamiento de los cuartos de acuerdo con la patología del usuario. - Revisión de la programación diaria de turno - Asignación de personal médico asistencial. - Revisión de disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos biomédicos para Hospitalización. - Reserva de Sangre al Servicio de Laboratorio. - Reserva de Cama en el Servicio.	HACER - Ingresar usuario a sala de Hospitalización. - Informar y educar al paciente y familiares. - Realizar la atención Integral de usuarios en hospitalización - Diligenciamiento de la Historia Clínica de usuarios y otros registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros de la atención) - Notificación enfermedades de salud pública. - Egreso de usuarios de sala de Hospitalización. - Manejo de Cadáveres	VERIFICAR - Diagnóstico y ordenes médicas. - Verificar la historia clínica. - Correcta identificación de pacientes y de los riesgos - Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. - Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. - Verificar el reporte de indicadores de seguridad del paciente.	ACTUAR - Solicitar documentación faltante para la realización del procedimiento. - Seguimiento a planes de mejoramiento según resultados de verificación de las condiciones para la cirugía. - Implementación de acciones frente a las desviaciones presentadas.	SALIDA - Historia Clínica. - Usuarios estables. - Traslado de Pacientes a hospitalización de mayor complejidad - Egreso del usuario con su respectivo plan de tratamiento y recomendaciones post quirúrgicas, ordenes de tratamiento.	
PROVEEDORES - Proceso de Urgencias. - Proceso de Cirugía - Proceso de Consulta Externa. - IPS del area de influencia	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adionen o sustituyan				CLIENTES - Usuarios. - Proceso de referencia y contrarreferencia. - EAPB. - IPS del area de influencia	
REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la atención en salud - Seguridad en los servicios. - Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Sala de hospitalización pediátrica - Dotación del carro de paro. - Medicamentos e Insumos. - Instrumental y paquetes estériles. - Computadores - Conectividad internet y correos	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Ver "Plan de Seguimiento y Control de hospitalización de Pediatría"

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 23 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN GENERAL

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO INTERNACIÓN		CT-HOG
			Versión 02 Página 1 de 2
	HOSPITALIZACIÓN GENERAL		Fecha Emisión: julio 2019 Fecha Revisión: julio 2021 Fecha Actualización: julio 2021

OBJETIVO DEL PROCESO Brindar atención integral a usuarios que requieren el servicio de hospitalización de baja y mediana complejidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud de manera segura, oportuna, continua y pertinente.

LIDER DEL PROCESO: Líder del programa de Hospitalización.

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos Generales y especialistas, Enfermeros jefes, Auxiliares de enfermería.

ENTRADAS - Historia Clínica. - Orden de hospitalización desde urgencias, cirugía, consulta externa, referencia o contrarreferencia	PLANEAR - Acondicionamiento de los cuartos de acuerdo con la patología del usuario. - Revisión de la programación diaria de turno - Asignación de personal médico asistencial. - Revisión de disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos biomédicos para Hospitalización. - Reserva de Sangre al Servicio de Laboratorio. - Reserva de Cama en el Servicio.	HACER - Ingresar usuario a sala de Hospitalización. - Informar y educar al paciente y familiares. - Realizar la atención Integral de usuarios en hospitalización - Diligenciamiento de la Historia Clínica de usuarios y otros registros (Asistenciales, Administrativos y Financieros de la atención) - Notificación enfermedades de salud pública. - Egreso de usuarios de sala de Hospitalización. - Manejo de Cadáveres	VERIFICAR - Diagnóstico y ordenes médicas. - Verificar la historia clínica. - Correcta identificación de pacientes y de los riesgos - Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. - Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. - Verificar el reporte de indicadores de seguridad del paciente.	ACTUAR - Solicitar documentación faltante para la realización del procedimiento. - Seguimiento a planes de mejoramiento según resultados de verificación de las condiciones para la cirugía. - Implementación de acciones frente a las desviaciones presentadas.	SALIDA - Historia Clínica. - Usuarios estables. - Traslado de Pacientes a hospitalización de mayor complejidad. - Egreso del usuario con su respectivo plan de tratamiento y recomendaciones post quirúrgicas, órdenes de tratamiento.	
PROVEEDORES - Proceso de Urgencias. - Proceso de Cirugía - Proceso de Consulta Externa.	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan.				CLIENTES - Usuarios. - Proceso de referencia y contrarreferencia. - EAPB. - IPS del area de influencia.	
REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la atención en salud - Seguridad en los servicios. - Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos" "	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementa el manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Dotación del carro de paro. - Medicamentos e Insumos. - Instrumental y paquetes estériles. - Computadores - Conectividad internet y correos	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos"	INDICADORES Ver PS-HOG "Plan de Seguimiento y Control de Hospitalización General "

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 24 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-CEX
			Versión 02
			Página 1 de 2
	CONSULTA EXTERNA		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: Junio de 2022 Fecha Actualización: Junio de 2022

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar atención a los usuarios por medio de la consulta general y especializada para prevenir y dar solución a las necesidades en salud, con el fin de diagnosticar y rehabilitar de manera oportuna y segura.

LIDER DEL PROCESO: Líder del Programa (Ambulatorio).

PARTICIPANTES PROCESO: Médicos Generales, Especialistas, Odontólogos, Psicólogos, Jefe de enfermería y Auxiliar de enfermería.

ENTRADAS • Demanda de Servicios de salud por parte del usuario. • Remisión de otros servicios. • Autorizaciones.	PLANEAR • Presentar las Necesidades para la contratación del personal en salud. • Planificar agendas de acuerdo con disponibilidad. • Programar las agendas mensuales de los médicos generales, odontólogos, psicólogos y médicos especialistas. • Evaluar requerimientos de insumos necesarios para realización de los procedimientos de odontología.	HACER • Asignar citas según ordenamiento. • Confirmar citas y reasignación de las canceladas. • Realizar la consulta médica general o especializada. • Realizar la consulta odontológica general. • Realizar la consulta en Psicología. • Ejecutar procedimientos clínicos. • Definir la conducta clínica.	VERIFICAR • Verificar la calidad de la historia clínica. • Verificar adherencia a guías de práctica clínica y protocolos de atención. • Verificar resultado de indicadores institucionales.	ACTUAR • Establecer planes de mejora de acuerdo con los resultados de los indicadores.	VALIDAR • Paciente atendido • Remisión • Orden médica	
PROVEEDORES • Usuarios de las diferentes EAPB. • Usuarios INPEC • Promoción y prevención de la Salud.	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan				CLIENTES • Usuarios de las diferentes EAPB. • Usuarios INPEC • Promoción y prevención de la Salud.	
REQUISITOS CLIENTES • Oportunidad en la atención. • Seguridad en los servicios. • Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Cumplimiento de los derechos y deberes.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR1-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el acuerdo N°. 013 del 14 de setiembre de 2021 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE • Profesionales de la salud. • Consultorios. • Dotación • Equipos de computo • Conectividad	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD	INDICADORES • Ver PS-CEX "Plan de Seguimiento y Control de Consulta externa"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 25 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACION LABORATORIO CLINICO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT- LAB	
			Versión 02	Página 1 de 4
	LABORATORIO CLÍNICO		Fecha Emisión: Julio de 2019 Fecha Revisión: Enero de 2022 Fecha Actualización: Enero de 2022	

OBJETIVO DEL PROCESO (LABORATORIO): Prestar servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio clínico de baja y mediana complejidad, que contribuyen en la toma de decisiones médicas en el tratamiento del paciente, cumpliendo con estándares de calidad para brindar resultados de forma oportuna, segura y eficiente.

LIDER DEL PROCESO: Líder Laboratorio Clínico.

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliares de Laboratorio, Bacteriólogos.

ENTRADAS • Ordenes médicas, • Facturas • Fichas siviliga e historias clínicas • Muestras para procesar	PLANEAR • Programar personal para atención de consulta externa y urgencias de acuerdo con la demanda. • Programación del trabajo diario, según pruebas por montar. • Establecer protocolos de procesos y procedimientos, toma de muestras, control interno y externo, reactivo vigilancia, servicio pre-transfusional. • Establecer procedimientos del RELAB. • Programar materiales, herramientas e insumos para los estudios. • Cronograma de EEDD Y EIDD departamental	HACER • Informar al usuario sobre las condiciones y/o preparación para la realización de toma y análisis de muestras y documentación requerida (ordenamientos, consentimiento informado, fichas epidemiológicas y facturación) • Recibir documentos y muestras. • Identificar al paciente correcto y toma de muestras de acuerdo con los protocolos. • Codificar al paciente en el sistema Annarlab con las pruebas requeridas, para rotulación de muestras. • Realizar alistamiento de muestras, Centrifugación, clasificación por áreas según su ordenamiento. • Realizar controles y calibraciones. • Procesar muestras y análisis de resultados y posterior validación en el sistema. • Entregar resultados • Remitir muestras a laboratorios de referencia. • Notificar resultados de estudios de interés de salud pública y programas. • Realizar notificación de Reactivovigilancia y Tecnovigilancia. • Notificar SHEVI y Valores Críticos. • Realizar análisis de la matriz FFA • Notificar al paciente en casos no críticos, pero de atención inmediata.	VERIFICAR • Verificar condiciones adecuadas de bioseguridad. • Verificar ordenamientos, y documentación (Consentimiento informado). • Verificar identificadores y condiciones especiales del paciente. • Verificar control de máximos y mínimos de insumos. • Verificar la funcionalidad de los equipos, fechas de vencimiento de reactivos e insumos. • Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. • Verificación análisis de los controles de calidad internos y externos de cada prueba. • Validar resultados frente al control de calidad interno y valores de referencia. • Verificar reportes de exámenes remitidos. • Verificar el cumplimiento del Mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipamiento. • Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según la gestión del riesgo. • Realizar trazabilidad del resultado y validación o rechazo inmediato del mismo.	ACTUAR • Establecer Intervención y gestionar el riesgo • Intervenir y gestionar de planes de mejora. • Preparar al paciente ante contraindicaciones relativas. • Tomar acciones inmediatas para solucionar errores de comida de controles y muestras que se presentan en el proceso.	SALIDAS. • Reporte de los resultados de las pruebas solicitadas • Informes a plataformas del instituto nacional de salud y departamento.
PROVEEDORES • Facturación, • Diferentes servicios asistenciales (Consulta Externa, Particulares, Urgencias, Hospitalización, UCI, Cirugía)	AMBIENTE DE TRABAJO Laboratorios en cumplimiento de acuerdo con la Resolución de Habilitación 3100 de 2019				CLIENTES • Usuarios • Salud Pública • Procesos asistenciales • Entes Reguladores

REQUISITOS CLIENTES • Oportunidad en la ejecución de procedimientos. • Seguridad en los servicios • Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Cumplimiento de los derechos y deberes. • Confidencialidad de la información.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementa el manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE • Reactivos e Insumos. • Computadores • Conectividad internet y correos • Hemoderivados • Equipos de laboratorio	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Ver PS-LAB "Plan de Seguimiento y Control de laboratorio"
--	--	--	---	--	--	--

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 26 de 96
MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN FISIOTERAPIA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		CT-FIS
			Versión 04
			Página 1 de 2
FISIOTERAPIA		Fecha Emisión: Abril de 2019 Fecha Revisión: Julio de 2024 Fecha Actualización: Julio de 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO: Brindar un servicio incluyente de manera humanizada y oportuna con altos estándares de calidad a los usuarios en convenio con el Hospital Raúl Orejuela Bueno y particulares de la zona urbana y rural del municipio de palmira para de esta forma generar rentabilidad y sostenibilidad institucional.

LIDER DEL PROCESO: Fisioterapeuta

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliares, Fisioterapeutas

ENTRADAS • Ordenes médicas autorizadas por la entidad. • Ordenes médicas particulares.	PLANEAR • Programar las citas del paciente • Alistar la programación diaria de los pacientes. • Acondicionamiento diario del área de trabajo (Área de entrenamiento). • Identificar posibles riesgos del proceso. • Establecer protocolos, instructivos y guías de manejo. • Establecer listas de chequeo de los protocolos y guías de manejo.	HACER • Asignar las citas. • Efectuar llamadas de confirmación o cancelación al paciente • Realizar valoración inicial para establecer necesidades del paciente. • Retroalimentar y diligenciar consentimiento Informado. • Diligenciar planillas de citas con la firma del paciente (Hacer) • Socializar y entregar folleto con los deberes y derechos de los usuarios. • Encender los equipos biomédicos. • Aplicar rutina de rehabilitación al paciente de acuerdo con protocolos. • Velar por el cumplimiento del plan de atención. • Educar al paciente en la aplicación de la rutina. • Realizar valoración Final del paciente. • Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo.	VERIFICAR • Verificar que las ordenes medicas estén vigentes. • Verificar que las ordenes medicas se encuentren debidamente autorizadas • Verificar los convenios institucionales que se encuentran activos para la atención de rehabilitación. • Efectuar control de citas programadas. • Verificar confirmación de cita programada y seguimiento a paciente. • Verificar a través de rondas de seguridad prácticas seguras. • Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. • Verificar la aplicabilidad de la adherencia de guías y protocolos • Aplicar lista de chequeo devaloración fisioterapéutica del paciente de rehabilitación que permita medir la adherencia. • Realizar seguimiento de la evolución del paciente. • Efectuar comparación entre la valoración inicial y la valoración final.	ACTUAR • Implementar planes de mejoramiento según resultados • Enfocar tratamiento de acuerdo con la evolución del tratamiento inicial. • Ajustar manejo interdisciplinario entre fisioterapeuta y médico tratante.	SALIDA • Satisfacción del cliente • Pacientes funcionales para la realización de las actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas de manera independiente, acorde a su patología de base. • Historia clínica de	
PROVEEDORES • EAPB en convenio. • Pacientes particulares					CLIENTES • Usuarios de las EAPB en convenio. • Usuarios por accidente de tránsito	
MEDIO AMBIENTE Condiciones de habitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan						
REQUISITOS CLIENTES • Oportunidad en la ejecución de procedimientos. • Seguridad en los servicios. • Humanización de los servicios.	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Cumplimiento de los derechos y deberes • Cumplimiento de protocolos, guías e instructivos • Optimización de costos y racionalización de insumos	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementa el manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE • Insumos. • Instrumental y paquetes estériles. • Equipos Biomédicos	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Según PS-FIS "Plan de Seguimiento y Control de Fisioterapia"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 27 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN FARMACEUTICO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA		CT-SFR	
			Versión 01	Página 1 de 2
	SERVICIO FARMACÉUTICO		Fecha Emisión: Julio de 2022 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

OBJETIVO DEL PROCESO: Disponer del abastecimiento de medicamentos, insumos y dispositivos médicos con un adecuado almacenamiento, con el fin de dispensar de acuerdo con las necesidades de los diferentes servicios que requieren de estos, de forma segura y oportuna.

LIDER DEL PROCESO: Regente de Farmacia

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliares de Farmacia, Regente Farmacia

ENTRADAS - Solicitud de medicamentos e insumos de los diferentes servicios. - Órdenes médicas por el sistema R-Fast - Devolución de medicamentos, dispositivos médicos - Fórmulas de Control especial	PLANEAR - Analizar requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos, de acuerdo con los mínimos y máximos. - Programar turnos de disponibilidad para atención en el servicio. - Programar organización de medicamentos e insumos según ordenamientos. - Identificar los posibles riesgos del proceso	HACER - Realizar solicitud Medicamentos, dispositivos Médicos y demás elementos al proceso de almacén. - Almacenar los Medicamentos, dispositivos Médicos y demás elementos - Realizar alistamiento de los Medicamentos, dispositivos Médicos y demás elementos - Realizar la dispensación y distribución de Medicamentos, dispositivos Médicos y demás elementos - Realizar salida de los los Medicamentos, dispositivos Médicos y demás elementos en el sistema de información de acuerdo al servicio y por paciente. - Disponer de insumos y medicamentos de los kits de emergencias. - Notificar al INVIMA los incidentes presentados con medicamentos. - Suministrar medicamentos en los carros de paro y kits de emergencias. - Generar reporte de inconsistencias de medicamentos.	VERIFICAR - Verificar el Manejo y almacenamiento de medicamentos de control especial. - Seguimiento de incidentes y eventos adversos relacionados con los medicamentos. - Verificar el manejo de vencimientos y averías. - Verificar la rotación de los productos a través de inventarios aleatorios para identificar posibles desviaciones. - Verificar condiciones de temperatura y humedad y realizar los ajustes para garantizar las condiciones.	ACTUAR Implementar acciones frente a las desviaciones presentadas.	SALIDA Dispensación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.	
PROVEEDORES - Proceso de Urgencias. - Proceso de Cirugía - Proceso de hospitalización - Ruta Materno Perinatal. - Proceso de Gestión de Abastecimiento	MEDIO AMBIENTE Temperatura controlada de acuerdo a las indicaciones de los insumos y medicamentos a conservar				CLIENTES - Proceso de Hospitalización, cirugía y urgencias - Proceso de Consulta Externa Usuarios ruta materno perinatal.	
REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la dispensación de medicamentos - Seguridad en los procesos de dispensación - Reg. sanit. INVIMA	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales - Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos - Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Medicamentos e Insumos. - Estanterías. - Equipos de cómputo. - Software R-Fast.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-SFR "Plan de Seguimiento y Control de Servicio Farmacéutico"

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 28 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-RFC	
			Versión 01	Página 1 de 2
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		Fecha Emisión: mayo de 2022 Fecha Revisión: - Fecha Actualización: -	

OBJETIVO DEL PROCESO: Gestionar la aceptación y remisión de pacientes, mediante canales de comunicación permanentes con la red de servicios en salud de la región, aplicando criterios de calidad para garantizar el adecuado direccionamiento de los pacientes, de acuerdo con la capacidad instalada y los servicios ofertados por nuestra institución, velando por una atención oportuna y adecuada para el usuario.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Urgencias

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliares Referencia y Contrareferencia.

ENTRADAS - Solicitud de remisión (anexo 9) - Solicitud autorizada (anexo 3)	PLANEAR - Censar la disponibilidad de cupo. - Planear disponibilidad del personal de referencia y contrareferencia. - Planificar solicitud de respuesta a la atención de usuario remitidos a otro nivel de complejidad. - Planificar respuestas de la contrareferencia de los pacientes aceptados por el HROB.	HACER - Recibir y analizar casos de solicitudes de contrareferencia. - Enviar soportes a las EAPB de los pacientes en trámite en remisión - Gestionar autorizaciones ante entidades para ayudas diagnóstica. - Gestionar citas y traslados ante las IPS de las ayudas diagnósticas remitidas. - Coordinar traslado de pacientes. - Realizar solicitud y seguimiento a la aceptación o negación de la contrareferencia. - Dar respuesta de aceptación o negación a las EAPB.	VERIFICAR - Validar que el paciente comentado en remisión salió de la institución. - Verificar disponibilidad de cupo y especialidad. - Verificar resultado de la ayuda diagnóstica y escalar al medico tratante para definir conducta - Verificar justificación de la remisión en la historia clínica con los anexos 9 y 3.	ACTUAR Efectuar emprendimiento de acciones correctivas y de mejora que garanticen el cumplimiento de las actividades establecidas.	SALIDA Traslado de paciente
PROVEEDORES - EAPB - SOAT - Centro regulador de Urgencias- Crue	MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan				CLIENTES - EAPB - Servicios asistenciales

REQUISITOS CLIENTES - Atención Humanizada. - Respuesta oportuna.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Atención Humanizada	REQUISITOS Legales - Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos - Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el acuerdo N°. 013 del 14 de setiembre de 2021 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Radiotelefono - teléfono fijo - línea Celular - Impresora - Scanner - Conectividad - R-Fast	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-RFC "Plan de Seguimiento y Control de Referencia y Contrareferencia"
--	---	--	--	--	--	---

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 29 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN ATENCIÓN Y SERVICIO AL USUARIO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-ASU	
			Versión 02	Página 1 de 4
	ATENCIÓN Y SERVICIO AL USUARIO		Fecha Emisión: Abril 2021 Fecha Revisión: Septiembre de 2021 Fecha Actualización: Septiembre de 2021	

OBJETIVO DEL PROCESO (Atención y Servicio al Usuario): Gestionar y dar respuesta oportuna a inquietudes, peticiones, quejas, reclamos sugerencias, felicitaciones y solicitudes de información de los usuarios, direccionando la información de forma imparcial para garantizar una respuesta acorde y oportuna, con el propósito de la mejora continua en el servicio.

PARTICIPANTES PROCESO: Líder Atención y Servicio al Usuario, Auxiliar Atención y Servicio al Usuario, Usuarios

ENTRADAS ▪ PQRSF ▪ Solicitud de Consulta externa ambulatorio ▪ Encuestas de satisfacción	PLANEAR ▪ Elaborar cronograma de actividades (encuestas de satisfacción, apertura de buzón de sugerencia, informe de satisfacción, consolidado de PQRSF, informe de autorizaciones) ▪ Diseñar estrategias de prevención y sensibilización relacionadas con Atención y Servicio al Usuario ▪ Planear jornada de descentralización de Atención y Servicio al Usuario ▪ Analizar la Petición, Queja, Reclamo, Sugerencias, respecto a los usuarios y familiares de la Entidad	HACER ▪ Recepcionar, clasificar, tramitar, las PQRSF de los usuarios. ▪ Aplicar, tabular encuestas de satisfacción ▪ Socializar derechos y deberes a los usuarios ▪ Orientar y direccionar al usuario ▪ Realizar Portabilidad de usuarios ▪ Recibir y gestionar solicitudes de recursos de los usuarios ▪ Atención a población diferencial (reinsertados y víctimas, discapacitados)	VERIFICAR ▪ Verificar que se haya dado respuesta a todas las PQRS en los tiempos establecidos y con respuestas pertinentes ▪ Verificar diligenciamiento adecuado de las encuestas ▪ Verificar que se haya dado cumplimiento a las actividades establecidas en los planes de mejoramiento derivados de los PQRSF ▪ Verificar la satisfacción del usuario de acuerdo con los análisis realizados	ACTUAR ▪ Analizar información y datos para tomar las acciones correctivas de mejora necesarias	SALIDA ▪ Acta de Apertura de Buzón. ▪ Respuesta a PQRS. ▪ Indicadores. ▪ Inquietud solucionada. ▪ Registro de asistencia de la socialización de los derechos y deberes de los usuarios
PROVEEDORES ▪ Todos los procesos institucionales ▪ Entes Reguladores ▪ Usuarios ▪ Familiares ▪ Cliente interno	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.				CLIENTES ▪ Todos los procesos institucionales. ▪ Entes Reguladores. ▪ Usuarios. ▪ EAPB.

REQUISITOS CLIENTES ▪ Oportunidad en la atención ▪ Humanización de los servicios	REQUISITOS EMPRESA ▪ Cumplimiento de las políticas institucionales. ▪ Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS LEGALES Legales ▪ Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos ▪ Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE Humanos: Responsable del proceso y equipo participante. Tecnológicos: Equipos de Cóputo, Teléfono fijo, impresora.	DOCUMENTOS SOPORTE ▪ Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" ▪ Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" ▪ Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" ▪ Transferencias Documentales ▪ Tablas de Retención Documental - TRD ▪ Inventario Documental	INDICADORES ▪ Según PS-ASU ▪ Según "Plan de Seguimiento y Control de Atención y Servicio al Usuario"
--	--	--	--	--	--	--

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 30 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN TRABJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA

	CARACTERIZACIÓN		CT-TRS	
			Versión 02	Página 1 de 2
	TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA		Fecha Emisión: noviembre de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

OBJETIVO DEL PROCESO (Trabajo Social):

Brindar a los pacientes, familiares y/o usuarios en contexto de atención hospitalaria o ambulatoria una atención integral, en temas de salud física, social, emocional y psicoeducativo, direccionado frente a demandas de orden social, referencia y contrarreferencia siempre en la búsqueda de una solución óptima ante la situación diagnóstica.

LÍDER DEL PROCESO: Leidy Vivian Portilla Quiroga

PARTICIPANTES PROCESO: Trabajadoras sociales y psicóloga.

ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	SALIDA
■ Interconsultas con manejo hospitalario. ■ Agenda de consulta externa. ■ Atención diaria a pacientes y/o usuarios	■ Elaboración de horarios de atención para el cumplimiento de las interconsultas. ■ Elaborar cronograma de atención para consulta externa ■ Elaboración de Atención a necesidades generales como direccionamiento de casos remitidos por entidades externas sector justicia, protección o educación entre otras	■ Realizar las atenciones desde Trabajo Social en el servicio de urgencias, hospitalización, ginecobstetricia y Pediatría. ■ Dar cumplimiento a la agenda programas de pyp y consulta general atendidos en el hospital. ■ Dar cumplimiento a la atención y brindar manejo del caso para la solución o reconocimiento de la situación	■ Verificar las historias clínicas con los manejos estipulados en la atención (activación de rutas-disposición a entes de protección u egreso seguro.	Realizar la debida atención y los procedimientos que se requiera depende del caso, en su mayoría son situaciones de riesgo y se realizan reportes a entidades protección como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Comisaria de Familia – o secretarías municipales según pertinencia / o denuncias al sector justicia como diligenciamientos en la página DENUNCIA FACIL o Acto Urgente con FISCALIA	*Salida con Historia Clínica con la descripción total del proceso realizado atención y los debidos reportes
PROVEEDORES Son aquellas personas que nos facilitan, bienes, servicios o información necesaria para llevar a cabo el proceso. Ejemplo: (Es el proceso que entrega)					CLIENTES Pacientes y/o Usuarios del Hospital Entes Institucionales
MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas en buen estado (Iluminación Adecuada, Ventilación, espacio amplio y privado) Escritorio, Sillas Computador Sistema de comunicación etc.					

REQUISITOS CLIENTES	REQUISITOS EMPRESA	REQUISITOS	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	RECURSOS SOPORTE	DOCUMENTOS SOPORTE	INDICADORES
- Atención Oportuna y Rápida en tiempos de espera mínima a los pacientes Hospitalizados - Cumplimiento de Agendas programadas en tiempos estipulados - Brindar atención por demanda inmediata	- Cumplimiento de las políticas institucionales - Cumplimiento de los Cronogramas	Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos FR2-CIN Matriz de Riesgo	Hace referencia a las responsabilidades y autoridades designadas al líder y participantes del proceso. Se referencia el manual de funciones de los cargos asignados en el proceso.	Humanos: Responsable y líder del proceso y Equipo Profesional Participante Tecnológico: Equipos de cómputo, Teléfono Celular, Impresora	Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD	Mecanismos de medición cuantitativos que nos permite verificar el cumplimiento del objetivo principal del proceso. Al definirlo debemos tener en cuenta que sean útiles, prácticos, sencillos y nos garanticen tener control del proceso.

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 31 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-TIC	
			Versión 02	Página 1 de 2
	TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES		Fecha Emisión: junio de 2019 Fecha Revisión: septiembre de 2022 Fecha Actualización: Septiembre de 2022	

OBJETIVO DEL PROCESO: Facilitar la operación a través del soporte en los sistemas de información, redes y sistemas de comunicación que cuenta la institución para un continuo funcionamiento.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Sistema de Información

PARTICIPANTES PROCESO: Profesionales de apoyo de sistemas

ENTRADAS Necesidades y Requerimientos mesa de servicio.	PLANEAR - Construcción, ajuste del plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones (PETIC). - Requerimientos a través de la mesa de servicio. - Establecer y valorar las necesidades y requerimientos de la Institución (Plan anual de adquisiciones)	HACER - Tramitar y comunicar las soluciones a los requerimientos. - Ejecución de requerimientos definidos en el POA, PETIC y auto evaluación del estándar de gerencia de la información. - Realización de copia de seguridad R-FAST, Software de Laboratorio, Procesos Institucionales (a solicitud)	VERIFICAR - Seguimiento al cumplimiento de los planes. - Seguimiento de indicadores y matriz de riesgos. - Seguimiento proveedor para el mantenimiento de equipos de cómputo.	ACTUAR Formular requerimiento de mejoras para desarrollo en el sistema de información.	SALIDA - Soportes ejecutados. - Copia Seguridad realizadas. - PETIC	
PROVEEDORES Todos los procesos Institucionales					CLIENTES Todos los procesos institucionales	
MEDIO AMBIENTE Aire acondicionado, iluminación artificial						
REQUISITOS CLIENTES Solución oportuna y eficiente de requerimientos	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Continua conectividad.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Equipos de cómputo - Scanner múltiple - Redes - Licencias Software - Herramientas digitales Institucionales	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-TIC "Plan de Seguimiento y Control" de Tecnología de la Información y comunicaciones.

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 32 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN GESTION DOCUMENTAL

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-GDC	
			Versión 04	Página 1 de 2
	GESTIÓN DOCUMENTAL		Fecha Emisión: noviembre de 2016 Fecha Revisión: agosto de 2022 Fecha Actualización: septiembre de 2022	

OBJETIVO DEL SUBPROCESO: Planear, gestionar, desarrollar y evaluar los planes, programas y procedimientos de Gestión Documental a través de la aplicación de herramientas archivísticas que permitan visualizar el ciclo vital de los documentos en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, logrando la efectividad de los procesos, cumplimiento de los objetivos institucionales y la satisfacción de los usuarios internos y externos.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Gestión Documental

PARTICIPANTES PROCESO: Líder de Proceso de Gestión Documental, Técnicos, Auxiliares Administrativos de Archivo, y de manera general todas las personas vinculadas al Hospital Raúl Orejuela Bueno.

ENTRADAS - Requerimientos Normativos - Archivo General de la Nación - Entes de Control - Ciudadanía en General - Procesos y subprocesos internos PROVEEDORES - Organismos facultados - Ciudadanía en General - Proceso - Direccionamiento Estratégico - Procesos Misionales - Procesos de apoyo - Procesos de Evaluación	PLANEAR - Diagnostico de la situación institucional en materia de archivos - Política de Gestión Documental - Definición de planes, programas y proyectos, proceso y procedimientos - Definición de herramientas archivísticas	HACER - Producción Documental - Organización Documental - Custodia Documental en Archivos de Gestión - Custodia Documental en Archivos Central e Histórico - Disposición Final de Documentos	VERIFICAR - Seguimiento al Proceso - Medición de Indicadores - Resultados de auditorías - Seguimiento del PINAR - Seguimiento al Programa de Gestión Documental	ACTUAR - Generar mejoras al proceso - Análisis de Resultados del Proceso de Verificación	SALIDA - Diagnostico Integral de Archivo - Política de Gestión Documental - Procesos y procedimientos - Plan Institucional de Archivo – PINAR CLIENTES - Organismos facultados - Ciudadanía en General - Proceso - Direccionamiento Estratégico - Procesos Misionales - Procesos de apoyo - Procesos de Evaluación - Registros de la implementación de planes y procedimientos
MEDIO AMBIENTE Oficinas y espacios adecuados para la operación del proceso como para la conservación de la información.					

REQUISITOS CLIENTES - Acceso y oportunidad a la información conforme a los requisitos de ley - Conservación y preservación de la información - Confidencialidad de la información	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de políticas institucionales - Cumplimiento de requisitos documentados en los procesos, procedimientos, planes y programas establecidos en el sistema de Gestión de Calidad	REQUISITOS Legales Requisitos Contractuales Normograma de Gestión Documental Riesgos Matriz de Riesgos del Proceso de Gestión documental	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Resolución No.110.04.02-605 del 11 de octubre de 2021, por medio del cual se adopta el Acuerdo N°. 013 del 14 de septiembre de 2021 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE Talento Humano Programa de Gestión Documental, Equipos de Cómputo, Scanner, Máquina impresora de stickers, archivadores, espacio en la nube, útiles de oficina	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1- GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2- GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - Tablas de Valoración Documental	INDICADORES Cuadro de Mando y Control de Indicadores de Gestión Documental
---	---	---	---	--	--	--

 HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca	MANUAL		MN02-GCA
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Versión 01 Página 33 de 96
			Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

 HOSPITAL Raúl Orejuela Bueno Empresa Social del Estado Palmira Valle del Cauca	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-TBM
	TECNOLOGÍA BIOMÉDICA		Versión 03 Página 1 de 2
			Fecha Emisión: Abril de 2019 Fecha Revisión: Junio de 2024 Fecha Actualización: Junio de 2024

OBJETIVO DEL PROCESO: Velar por el funcionamiento y soporte de la tecnología biomédica que permita la continuidad de los servicios de forma adecuada y segura durante el proceso de atención en sus diferentes sedes.

LIDER DEL PROCESO: Líder de programa (Tecnología Biomédica)

PARTICIPANTES PROCESO: Contratista Biomédico.

ENTRADAS • Solicitudes para revisión y reparación de equipos de tecnología biomédica • Rondas institucionales de Tecnovigilancia. • Rondas de revisión de equipos de tecnología biomédica en la E.S.E y las sedes.	PLANEAR • Programar mantenimiento (Equipos de tecnología Biomédica). • Programar calibración de equipos de tecnología biomédica. • Identificar posibles riesgos del uso de equipos de tecnología biomédica. • Programar capacitación para el uso de equipos de tecnología biomédica.	HACER • Ejecutar el cronograma de mantenimiento de los Equipos de tecnología biomédica. • Ejecutar cronograma de Calibración de equipos de tecnología biomédica. • Ejecutar el cronograma de capacitación para el uso de equipos de tecnología biomédica. • Reportar eventos adversos de Tecnovigilancia que se presenten en la atención del paciente. • Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. • Solicitud licencias de funcionamiento de equipos de radiación ionizante. • Programación, ejecución y seguimientos a los mantenimientos correctivos de equipos biomédicos. • Ejecutar las rondas institucionales de Tecnovigilancia. • Revisión, renovación y supervisión de contratos enfocados a tecnología biomédica. • Gestión de archivo de hojas de vida de equipos biomédicos. • Organización de bodegas con Tecnología Biomédica. • Asesoramiento, acompañamiento y recepción de tecnología médica nueva, en préstamos o en donación. • Realizar el proceso de bajas en Tecnología Biomédica.	VERIFICAR • Verificar la ejecución y el cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos de tecnología biomédica. • Verificar la ejecución y el cumplimiento del cronograma de calibración de equipos de tecnología biomédica. • Verificar la vigencia de las licencias de los equipos de radiación ionizante. • Verificar a través de rondas de Tecnovigilancia, prácticas seguras en el uso de equipos de tecnología biomédica. • Verificar la efectividad de la ejecución de los planes de mejora según gestión del riesgo. • Verificación de realización de mantenimientos correctivos a los equipos de tecnología biomédica. • Revisar contratos para el mantenimiento preventivo. • Revisión de renovación de contratos y supervisión de los mismos.	ACTUAR • Ajustar cronogramas de mantenimiento de los equipos de tecnología biomédica. • Ajustar cronograma de calibración de equipos de tecnología biomédica. • Establecer Planes de mejoramiento, enfocados en la gestión del riesgo.	SALIDA • Mantenimiento general y calibración de los equipos de tecnología biomédica. • Reporte de Tecnovigilancia al Invima.	
PROVEEDORES ■ Procesos Asistenciales	MEDIO AMBIENTE Instalaciones localitvas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.				CLIENTES ■ Procesos Asistenciales y administrativos.	
REQUISITOS CLIENTES • Equipos biomédicos en óptimas condiciones de funcionamiento. (limpieza y desinfección) • Mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Manejo correcto de los equipos biomédicos.	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Subsistemas de Gestión Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según manual de funciones y competencias laborales.	RECURSOS SOPORTE • Personal idóneo. • Herramientas de mano. • Equipos de cómputo. • Bodega de almacenamiento de equipos biomédicos y tecnología biomédica.	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Según PS-TBM "Plan de Seguimiento y Control" de Tecnología Biomédica

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 34 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN INFRAESTRUCTURA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT- INF
			Versión 02 Página 1 de 2
	INFRAESTRUCTURA		Fecha Emisión: marzo de 2019 Fecha Revisión: enero de 2022 Fecha Actualización: enero de 2022

OBJETIVO DEL PROCESO: Direccionar las actividades técnicas y administrativas que permitan la prevención y restablecimiento de daños en el ambiente físico y de equipos de uso hospitalario

LIDER DEL PROCESO: Líder de Mantenimiento

PARTICIPANTES PROCESO: Contratistas de apoyo, Técnico Administrativo

ENTRADAS - Solicitudes de servicio de mantenimiento - Contratos de mantenimiento para equipos industriales de uso hospitalarios.	PLANEAR - Programar mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario - Programar mantenimiento de infraestructura. - Programar plan de Transporte	HACER - Ejecutar el cronograma de equipos industriales de uso hospitalario. - Desarrollar la Programación de mantenimientos de infraestructura, equipos industriales de uso hospitalario. - Realizar rondas de inspección del estado de la infraestructura. - Ejecutar plan de transporte - Ejecutar el cronograma de capacitación para colaboradores del proceso infraestructura.	VERIFICAR - Verificar la ejecución del cronograma de equipos industriales de uso hospitalario - Verificar los mantenimientos de infraestructura, equipos industriales de uso hospitalario - Verificar las actividades del plan de transporte - Revisar contratos para el mantenimiento de equipos industriales de uso hospitalario.	ACTUAR - Ajustar cronogramas de mantenimiento de los equipos industriales de uso hospitalario - Establecer planes de mejoramiento.	SALIDA Infraestructura y equipos industriales acordes para la atención hospitalaria.	
PROVEEDORES - Todos los procesos - Empresas de mantenimiento - Contratistas	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.				CLIENTES - Procesos Asistenciales - Entes Reguladores.	
REQUISITOS CLIENTES Equipos industriales de uso hospitalarios e infraestructura en óptimas condiciones de funcionamiento	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Manejo correcto de los equipos biomédicos.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Personal idóneo. - Herramientas de mano - Equipo de computo - Taller de mantenimiento.	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-INF "Plan de Seguimiento y Control" de Infraestructura

	MANUAL	MN02-GCA	
		Versión 01	Página 35 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACION COMPRAS

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS	CT-COM	
		Versión 02	Página 1 de 2
	COMPRAS	Fecha Emisión: Mayo de 2019 Fecha Revisión: Septiembre de 2021 Fecha Actualización: Septiembre de 2021	

OBJETIVO DEL PROCESO (Compras): Proveer de los productos necesarios para el desarrollo del objeto misional basados en criterios de calidad, oportunidad, transparencia, objetividad, conveniencia y costo beneficio para la institución

LIDER DEL PROCESO: Líder de Programa (Compras)

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliar Compras

ENTRADAS - Oferta de Insumos disponibles en el mercado. - Colizaciones de diferentes proveedores - Solicitudes de medicamentos y dispositivos médicos. - Solicitudes de Insumos de papelería, aseo y cafetería - Solicitudes de suministros, repuestos, equipos, etc. PROVEEDORES - Todos los procesos de la Institución. - Proveedores de Insumos, medicamentos, dispositivos, suministros, equipos, etc.	PLANEAR - Analizar requerimientos de medicamentos, insumos, etc. - Definir los productos a comprar para cada uno de los proveedores de acuerdo las condiciones comerciales más favorables. - Establecer y analizar los convenios y ofertas comerciales con los proveedores. - Identificar los posibles riesgos del proceso.	HACER - Realizar Vinculación de Proveedores - Generar y direccionar órdenes de compra de acuerdo con las diferentes líneas de productos. - Mantener continua comunicación con los representantes del Proveedor acerca del estado de los despachos, inconvenientes presentados en el proceso logístico o reclamaciones necesarias. - Realizar anualmente evaluación de Proveedores. - Realizar anualmente auditorías a proveedores	VERIFICAR - Chequear toda la información consignada en las OC, previamente a su envío. - Verificar que las condiciones comerciales establecidas para la compra se cumplan. - Verificar que las especificaciones definidas en la orden de compra sean iguales a las del producto o servicio recibido. - Seguimiento continuo al estado de los despachos y su entrega oportuna. - Verificar la información de los documentos soporte para la conciliación de la mercancía en consignación. - Verificar la factura de cada proveedor con relación a los precios contratados.	ACTUAR - Implementar los planes de mejoramiento - Retroalimentar al proveedor sobre los inconvenientes y/o situaciones presentadas durante el proceso de la compra.	SALIDA - Medicamentos y dispositivos médicos disponibles de acuerdo con las necesidades de la institución. - Suministros para aseo, papelería y cafetería, Equipos, muebles y enseres, repuestos de mantenimiento, etc. que cubra los requerimientos de la E.S.E. - Servicios oportunos y efectivos. CLIENTES - Todos los procesos institucionales. - Entidades Reguladores.	
MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.						
REQUISITOS CLIENTES - Documentos que soporten las Órdenes de compra y/o solicitudes recibidas, etc. - Facturas de venta, cuentas de cobro y/o documentos equivalentes que soporten las compras realizadas. - Oportunidad con la gestión de compra de productos	REQUISITOS EMPRESA Cumplimiento de las políticas institucionales.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR1-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementan modificaciones al manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Orden de Compra - Certificado de Disponibilidad Presupuestal - CDP - Política de Compras - R-FAST - Registro Presupuestal – RP - Documentos del proveedor	DOCUMENTOS SOPORTE Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" Transferencias Documentales; Tablas de Retención Documental – TRD; Inventario Documental	INDICADORES Según PS-COM "Plan de Seguimiento y Control" de compras

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 36 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN ALMACÉN

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DEL ABASTECIMIENTO		CT-ALM	
			Versión 02	Página 1 de 4
	ALMACÉN		Fecha Emisión: Mayo de 2019 Fecha Revisión: Septiembre de 2021 Fecha Actualización: Septiembre de 2021	

OBJETIVO DEL PROCESO (Almacén): Recepcionar y entregar los bienes (medicamentos, insumos de papelería y aseo) a todos los procesos del Hospital y respectivas sedes, mediante la prestación de un servicio eficiente, eficaz y efectivo con el fin de dar un adecuado manejo, registro y control de los bienes.

LIDER DEL PROCESO: Almacenista General

PARTICIPANTES PROCESO: Contratista

ENTRADAS - Facturas - Solicitudes de medicamentos y dispositivos médicos, insumos de papelería y aseo	PLANEAR - Analizar requerimientos de medicamentos. - Analizar requerimientos de los productos de papelería y aseo. - Planificar los inventarios del almacén. - Proyección de consumo promedio mensual en los servicios.	HACER - Realizar solicitud de medicamentos, insumos de papelería y aseo al proceso de compras, si ha de ser necesario. - Realizar recepción técnica de medicamentos, insumos de papelería y aseo. - Realizar almacenamiento de medicamentos según especificaciones. - Realizar distribución de insumos de papelería y aseo. - Ingresar oportunamente las Facturas y remisiones al sistema. - Elaborar Acta de Entrega de los bienes donados - Realizar trazabilidad a los productos próximos a vencer. - Realizar los inventarios al almacén.	VERIFICAR - Verificar en la recepción de medicamentos, insumos de papelería y aseo, su calidad y fecha de vencimiento. - Verificar temperatura y humedad relativa en las áreas de almacenamiento de medicamentos. - Validar coincidencia de existencias físicas contra el sistema. - Verificación de las existencias en el stock frente a las solicitudes. - Verificar el manejo de vencimientos y averías. - Verificar la oportuna consecución por parte de compras de los productos agotados y próximos a agotarse.	ACTUAR - Implementar los planes de mejoramiento - Actualizar inventario de medicamentos - Devolución de pedidos de acuerdo con la recepción técnica.	SALIDA - Medicamentos, insumos de papelería y aseo disponibles de acuerdo con las necesidades de la institución. - Requisición de compras
PROVEEDORES - Todos los procesos de la Institución - Fabricantes y distribuidores de medicamentos, insumos de papelería y aseo - Proveedores de papelería y aseo.	MEDIO AMBIENTE Condiciones adecuadas de infraestructura, saneamiento e higiene para el almacenamiento y conservación de medicamentos, insumos de papelería y aseo.				CLIENTES - Todos los procesos institucionales - Entidades Reguladoras

REQUISITOS CLIENTES - Mantener actualizados los consumos de medicamentos - Documentos que soporten las entradas, traslados y salidas de los medicamentos y elementos de consumo - Oportunidad en la entrega de productos - Conservar y mantener la calidad de los medicamentos	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Manejo y control de inventarios.	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR1-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 "Por el cual se implementan modificaciones al manual de funciones y competencias laborales, de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva"	RECURSOS SOPORTE - Área de recepción y almacenamiento. - Estante de medicamentos - Termohigrómetro - Neveras - Computadores - Estibas - R-FAST	DOCUMENTOS SOPORTE Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" Transferencias Documentales; Tablas de Retención Documental – TRD; Inventario Documental	INDICADORES Según PS-ALM "Plan de Seguimiento y Control" de almacén
---	---	--	---	---	---	--

	MANUAL		MN02-GCA
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Versión 01 Página 37 de 96 Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN GESTION FINANCIERA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT-GIF
	GESTIÓN FINANCIERA		Versión 02 Página 1 de 2 Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: Mao de 2022 Fecha Actualización: Mayo de 2022

OBJETIVO DEL PROCESO: Administrar eficientemente los recursos económicos y la información financiera, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la Institución.

LIDER DEL PROCESO: Subgerente Financiero

PARTICIPANTES PROCESO: Contador, Profesional de Costos, Profesional de Presupuesto, Tesorero, Líder de Facturación, Líder cuentas médicas, Líder de Cartera y Activos Fijos

ENTRADAS - Necesidades y requerimientos financieros de la institución. - Facturas - Cuentas de cobro y Nómina y resoluciones. - Informe de Giros Eps. - Acuerdos y Resoluciones	PLANEAR - Elaboración de presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica. - Identificación de requisitos contractuales relacionados con la facturación y actividades financieras. - Planificación de la gestión de cartera, recaudos, identificación y priorización de cuentas por pagar. - Planificación de Pagos	HACER - Contabilizar los ingresos, costos y gastos. - Liquidar los impuestos. - Registrar en el sistema contable las cuentas de cobro radicada ante las diferentes EAPB. - Conciliar cartera con las diferentes Eps y Depurar los Estados de Cartera y registro de pagos. - Registrar en el sistema contable la glosa aceptada por auditoría de cuentas. - Realizar seguimiento al vencimiento de las facturas y a los tiempos de rotación en cartera. - Conciliar la información con las áreas de facturación, presupuesto y tesorería. - Ajustar presupuesto. - Registros y Obligaciones Presupuestales, decrementos y giros. - Recibir e Ingresar los recaudos de las cajas de facturación y giros de Eps. - Realizar liquidación de facturas de acuerdo con los servicios prestados y/o solicitados Va lo contratado. - Realizar recuento correspondiente a copagos o cuota moderadora. - Entregar facturas diarias a cuentas médicas - Recibir y validar la facturación por empresa, y entregar a caja auxiliar administrativo de cuentas. - Realizar seguimiento a facturación enviada. - Recibir glosas, verificar el motivo e identificar la falta - Responder glosas a las diferentes EAPB. - Realizar conciliación de glosas con las diferentes EAPB, con acta de conciliación.	VERIFICAR - Verificar los giros efectuados por las Eps y entes territoriales. - Verificar reconocimientos, recaudos y decrementos. - Validar derechos. - Verificar documentos que soporten las facturas de acuerdo a los requisitos de ley. - Validar RIPS ante los diferentes Validadores (Ministerio y plataformas propias de cada entidad). - Verificar los descuentos realizados a los usuarios. - Verificar si la causa de la glosa es subsanable o no, si no es subsanable se procede a dar respuesta de aceptación y si es subsanable reunir todos los soportes necesarios para su sustentación.	ACTUAR Implementar acciones y planes de mejoramiento para el cumplimiento de cada actividad del proceso	SALIDA - Actas de conciliación de cartera. - Recibos de pago - Paz y Salvo a las ERP - Generación de pagos proveedores, obligaciones financieras, obligaciones laborales, impuestos, honorarios médicos. - Informes contables y de entes de control	
PROVEEDORES - Todos los procesos asistenciales. - Talento Humano. - Junta Directiva	MEDIO AMBIENTE Aire acondicionado, estanterías, escritorios, iluminación artificial				CLIENTES - Proveedores. - Entidades Financieras. - Colaboradores. - Entidades Fiscales. - DIAN - SuperSalud - EAPB	
REQUISITOS CLIENTES - Información oportuna - Causación oportuna - Veracidad en la información	REQUISITOS EMPRESA Cumplimiento de las políticas institucionales	REQUISITOS Legales Según FR4-GCA "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-502 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales de conformidad con el acuerdo N°. 011 del 28 de Julio de 2020 de la H. Junta Directiva	RECURSOS SOPORTE - Equipos de cómputo - Scanner múltiple - Aplicativo R-fast. - Conectividad internet - Correo electrónico - Fotocopiadora	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-GFI "Plan de Seguimiento y Control" de Gestión financiera

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 38 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN CONTABILIDAD

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-CON
			Versión 04 Página 1 de 3
	CONTABILIDAD		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: enero 2025 Fecha Actualización: enero de 2025

OBJETIVO DEL PROCESO CONTABILIDAD

Consolidar los registros de las operaciones de forma ordenada y sistemática sobre el movimiento económico y financiero de la institución, con el fin de proporcionar información oportuna, veraz y confiable que permita evaluar la trayectoria de la organización y la toma de decisiones.

LÍDER DEL PROCESO: Profesional Especializado Contabilidad.

PARTICIPANTES PROCESO: Profesional Especializado Contabilidad y Analista contable.

ENTRADAS 1. Novedades de nómina como: ingresos, retiros, incapacidades, vacaciones, descuentos, etc. 2. Facturas de proveedores por compras y servicios. 3. Extractos y movimientos. 4. Información de ingresos y cartera.	PLANEAR 1. Programación tributaria y entidades de vigilancia. 2. Programación de fechas de novedades y liquidación de nómina. 3. Programación de fechas de cierre y entrega de información para elaboración de informes y conciliaciones de cuentas. 4. Identificar posibles riesgos del proceso.	HACER 1. Causación de nómina y demás prestaciones sociales de ley. 2. Elaborar Estados Financieros e indicadores. 3. Registrar las operaciones diarias y asientos contables. 4. Elaborar conciliaciones de cada una de las cuentas del balance. 5. Elaborar informes para entes de control. 6. Presentación oportuna de impuestos y obligaciones tributarias 7. Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo. 8. Proveedores y servicios.	VERIFICAR 1. Revisión de cuentas de Balance y resultados. 2. Revisión de conciliación de cuentas (caja, bancos, impuestos, y de más). 3. Controlar presupuesto de contratos. 4. Verificar las condiciones de prestación de servicios pactadas con las entidades.	ACTUAR 1. Establecer planes de mejoramiento. 2. Realizar ajustes en las actividades que den lugar. 3. Solucionar las diferencias de la conciliación con los proveedores.	SALIDA 1. Formularios liquidados para pago de impuestos y presentación ante la DIAN. 2. Estados Financieros e indicadores. 3. Facturas proveedores causadas para pago. 4. Informes contables v de entes de control.
PROVEEDORES 1. Talento humano 2. Compras 3. Facturación 4. Cartera 5. Servicios asistenciales 6. Supervisores	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.				CLIENTES 1. Direccionamiento o Gerencia. 2. Tesorería. 3. DIAN. 4. Supersalud. 5. Municipio de Palmira. 6. Gobernación del Valle. 7. Contaduría General de la Nación.
REQUISITOS CLIENTES 1. Procesos de apoyo.	REQUISITOS EMPRESA -Acuerdos de voluntades -Notas técnicas -Costeo de los servicios -Portafolios -Portales transaccionales	REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE -Historias clínicas -Reps -Facturas -Bases de datos -Unidades de almacenamiento	DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoria concurrente. -Procedimiento de auditoria de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.
					INDICADORES 1. Lineamientos gerenciales. 2. Planeación Estratégica. 3. Necesidades de recursos. 4. Normatividad.

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 39 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN ACTIVOS FIJOS

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT- ACF	
			Versión 03	Página 1 de 2
	ACTIVOS FIJOS		Fecha Emisión: marzo de 2019 Fecha Revisión: noviembre de 2024 Fecha Actualización: noviembre de 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO: Administrar y proveer de manera óptima los activos fijos de la institución para ayudar a lograr el cumplimiento de los objetivos institucionales, el cuidado y conservación de los recursos físicos, contribuyendo a una adecuada prestación de servicios de salud.

LIDER DEL PROCESO: Líder de Programa (Activos Fijos)

PARTICIPANTES PROCESO: Técnicos Auxiliares.

ENTRADAS • Todos los procesos • Disponibilidad de fecha para el inventario. • Conceptos técnicos. • Inventario de recursos físicos.	PLANEAR • Controlar el estado actual de los Activos Fijos de la institución. • Programar y establecer fechas para la ejecución de inventarios físicos, en sede principal y sedes. • Identificar el estado real y la ubicación de los activos fijos.	HACER • Recepción y codificación de Activos Fijos. • Hacer el traslado de activos fijos a los procesos, que requieran la necesidad. • Notificar la pérdida, hurto o daño de los activos fijos. • Retirar del sistema los activos aprobados como inservibles dados de baja. • Socializar el cuidado de los activos. • Programación y notificación de inventario físico en todos los procesos.	VERIFICAR • Verificar codificación de Activos Fijos. • Verificar ubicación real de activos fijos • Velar por el cuidado y buen uso de activos fijos de la institución. • Dar cumplimiento al cronograma de inventarios y a la realización del informe de los activos verificados, con sus responsables.	ACTUAR • Realizar planes de mejoramiento al proceso. • Resocialización y actualización de procedimientos y documentos requeridos en el proceso. • Controlar, cuidar y dar seguimiento a las activos fijos de la institución.	SALIDAS • Informe de áreas inventariadas. • Acta de activos dados de baja. • Acta de entrega de equipos dados en custodia.	
PROVEEDORES • Todos los procesos • Entes de Control					CLIENTES • Todos los procesos • Entes de Control	
AMBIENTE DE TRABAJO Condiciones óptimas de iluminación, área amplia de trabajo.						
REQUISITOS CLIENTES • Suministrar requerimientos oportunos al cliente interno	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Cumplimiento de cronogramas.	REQUISITOS Riesgos Según FR07-PLN "Matriz de Subsistemas de Gestión Riesgos"	NIVELES DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según manual de funciones y competencias laborales	RECURSOS SOPORTE • Aplicativo (R-FAST) • Computadores. • Impresoras. • Fotocopiadora • Internet.	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental.	INDICADORES Según PS-ACF "Plan de Seguimiento y Control" de Activos Fijos

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 40 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN COSTOS

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-COS
			Versión 04 Página 1 de 2
	COSTOS		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: enero de 2025 Fecha Actualización: enero de 2025

OBJETIVO DEL PROCESO COSTOS

Administrar, eficientemente los recursos económicos del costeo y la información financiera, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la institución.

LÍDER DEL PROCESO: Contador Público - Ingeniero Industrial

PARTICIPANTES PROCESO: Contador Público - Ingeniero Industrial

ENTRADAS 1. Lineamientos gerenciales. 2. Normatividad. 3. Políticas institucionales 4. Planeación y Desarrollo del costeo. 5. Gerencia. 6. Necesidad del servicio.	PLANEAR 1. Planificación de la gestión para la proyección del presupuesto. 2. Identificar posibles riesgos del proceso. 3. Optimización del costeo frente a los procesos de la institución	HACER 1. Crear centros de costos para las diferentes áreas. 2. Parametrizar sistemas de costos. 3. Identificar los elementos del costo para cada proceso del área.	VERIFICAR 1. Verificar el cumplimiento del centro de costo por área 2. Verificar etapa ciclica de cada proceso. 3. Verificar la actualización continua de la parametrización del costo. 4. Verificar informes mensuales del funcionamiento. 5. Llevar el control y registro de la mano de obra contratada y en que centro de costo asignarlos.	ACTUAR 1. Realizar informes para la dirección de la institución. 2. Actualización del area asistencial, prestación de servicio y planta, (mano de obra). 3. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes para la mejora continua. 4. Proponer planes de mejoramiento y acciones correctivas en las diferentes actividades del proceso.	SALIDA 1. Costos fijos. 2. Costos variables. 3. Costos financieros. 4. Costos directos e indirectos.	
PROVEEDORES 1. Planeación y Desarrollo. 2. Evaluación y revisión de costos. 3. Gestión del proceso. 4. Establecer criterios del costo.	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.				CLIENTES 1. Gerencia. 2. Subgerencia Financiera. 3. Presupuesto 4. Contabilidad	
REQUISITOS CLIENTES 1. Compra de insumos. 2. Pago de mano de obra. 3. Gatos administrativos. 4. Gatos Fijos.	REQUISITOS EMPRESA 1. Registro contable de centro de costo. 2. Contratos por áreas.	REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE 1. Compra de insumos. 2. Pago de mano de obra. 3. Gatos administrativos. 4. Gatos Fijos.	DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoria concurrente. -Procedimiento de auditoria de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.	INDICADORES -Cumplimiento de Normas y Protocolos. -Resultados Clínicos -Calidad de la Historia Clínica -Oportunidad en la Atención -Facturación y Parametrización - Y los aplicados a la Norma

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 41 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN PRESUPUESTO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-PRE
			Versión 04
			Página 1 de 2
	PRESUPUESTO		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: enero de 2005 Fecha Actualización: enero de 2025

OBJETIVO DEL PROCESO PRESUPUESTO

Administrar, eficientemente los recursos económicos del costeo y la información financiera, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la institución.

LÍDER DEL PROCESO: Líder de Presupuesto

PARTICIPANTES PROCESO: Líder de Presupuesto

ENTRADAS 1. Normatividad. 2. Planeación Estratégica. 3. Lineamientos gerenciales. 4. Necesidades de recursos.	PLANEAR 1. Elaboración de la proyección del presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica. 2. Presentación de la proyección del presupuesto a la Junta Directiva. 3. Sistematizar el presupuesto. 4. Ejecución del presupuesto y emisión de documentos presupuestales. 5. Proyectar modificaciones al presupuesto. 6. Mesas de trabajo para establecer necesidades presupuestales.	HACER 1. Ajuste de presupuesto. 2. Registros y obligaciones presupuestales, decrementos y giros. 3. Conciliar la información con las áreas de facturación, presupuesto y tesorería 4. Liquidación y Recaudos.	VERIFICAR 1. Verificar reconocimientos, recaudos y decrementos. 2. Verificar las disposiciones de presupuesto para adquirir compromisos. 3. Verificar saldos de compromisos y disponibilidades.	ACTUAR 1. Implementar acciones y planes de mejoramiento para el cumplimiento de cada actividad del proceso.	SALIDA 1. Balance de comprobación. 2. Estados de Situación Financiera. 3. Cartera. 4. Informes contables y de entes de control.	
PROVEEDORES 1. Talento humano 2. Compras 3. Facturación 4. Cartera 5. Servicios asistenciales 6. Supervisores	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.				CLIENTES 1. Gerencia. 2. Subgerencia Financiera	
REQUISITOS CLIENTES 1. Direccionamiento o Gerencia. 2. Tesorería. 3. Municipio de Palmira.	REQUISITOS EMPRESA -Acuerdos de voluntades -Notas técnicas -Costeo de los servicios -Portafolios -Portales transaccionales	REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE 1. Causación contable. 2. Sistema contable. 3. Cumplimiento de fechas para cierres.	DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoría concurrente. -Procedimiento de auditoría de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.	INDICADORES 1.R-FAST 2. Informes de gestión. 3. Procesos de apoyo.

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 42 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN TESORERÍA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-TES	
			Versión 04	Página 1 de 2
	TESORERÍA		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: enero 2025 Fecha Actualización: enero 2025	

OBJETIVO DEL PROCESO TESORERIA

Administrar eficientemente los recursos económicos y la información financiera, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la Institución.

LÍDER DEL PROCESO: Contador Público.

PARTICIPANTES PROCESO: Contador Público y Auxiliar contable.

ENTRADAS 1. Lineamientos gerenciales. 2. Planeación estrategica de pagos. 3. Normatividad. 4. Políticas institucionales	PLANEAR 1. Elaboración de presupuesto de acuerdo a la planeación estratégica. 2. Coordinar el sistema de pagos, para una correcta atención a los acreedores. 3. Optimización del flujo de desembolsos.	HACER 1. Registros y obligaciones presupuestales, decrementos y giros. 2. Recibir e ingresar los recaudos de las cajas de facturación u giros de Eps. 3. Realizar recaudo correspondiente a copagos o cuota moderadora. 4. Incrementar la eficiencia y reducir el costo del procesamiento y administración del efectivo de la empresa. 5. Mantener los costos bancarios al punto mínimo requerido para obtener una administración optima del efectivo. 6. Realización de comprobantes de egreso.	VERIFICAR 1. Verificar los giros efectuados por las Eps y entes territoriales 2. Verificar reconocimientos, recaudos y decrementos. 3. Verificar los descuentos realizados a los usuarios. 4. Controlar los recurso monetarios de la institución.	ACTUAR 1. Planificar los pagos a empleados, proveedores, contratistas y de mas. 2. Seleccionar los medios para los pagos ya sea por medio de cheques, transferencias, pagares y de mas. 3. Preparacion y presentacion de informes requeridos por los diferentes entes de control. 4. Plan actualizado de caja.	SALIDA 1. Generación de pagos a proveedores, obligaciones financieras, obligaciones laborales, impuestos y honorarios médicos. 2. Informes contables y de entes de control.	
PROVEEDORES 1. Planeación y Desarrollo. 2. Entes Estatales y Gubernamentales. 3. Talento humano 4. Facturación 5. Cartera					CLIENTES 1. Gerencia. 2. Subgerencia Financiera. 3. Profesional Especializado Contabilidad 4. Cartera	
MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.						
REQUISITOS CLIENTES -Capacidad instalada -Programas de promoción y prevención -Orientación y socialización -Trabajo social -Rutas de emergencia	REQUISITOS EMPRESA 1. Proveedores. 2. Entidades Financieras y Fiscales. 3. Colaboradores	REQUISITOS -Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE 1. Todos los procesos asistenciales, planta y prestación de servicios. 2. Talento Humano. 3. Junta Directiva	DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoria concurrente. -Procedimiento de auditoria de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.	INDICADORES -Cumplimiento de Normas y Protocolos. -Resultados Clínicos -Calidad de la Historia Clínica -Oportunidad en la Atención -Facturación y Parametrización - Y los aplicados a la Norma

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 43 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN FACTURACIÓN

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-FAC
			Versión 04 Página 1 de 2
	FACTURACIÓN		Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: enero de 2025 Fecha Actualización: enero de 2025

OBJETIVO DEL PROCESO FACTURACIÓN

Garantizar el cobro del total de actividades, procedimientos e intervenciones adelantadas por cada una de las áreas funcionales, en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, de acuerdo con las tarifas pactadas en las relaciones contractuales.
 Todas las actividades y/o servicios de atención en salud que se realizan en la institución.

LÍDER DEL PROCESO: Líder de programa de facturación

PARTICIPANTES PROCESO: Líder de programa de facturación, auxiliares de cuentas médicas y facturadores.

ENTRADAS 1. Contratos. 2. Normatividad 3. Condiciones de Radicación. 4. Manual Tarifario. 5. Manuales tarifarios. 6. Historias clínicas. 7. Autorización de servicios. 6. Personal Capacitado.	PLANEAR 1. Elaborar plan de radicación. 2. Elaborar plan de capacitaciones. 3. Elaborar malla de turnos. 4. Planificar cierres de facturación		HACER 1. Cargar servicios prestados al aplicativo. 2. Cobro de copagos y cuotas moderadoras. 3. Validación de derechos. 4. Gestión de autorizaciones. 5. Liquidación y cierre de cuentas. 6. Entrega al área de auditoría para respectiva revisión. 7. Elaboración de cuentas de cobro (Envíos) y RIPS. 8. Radicación de cuentas frente a las entidades.		VERIFICAR 1. Validar el cargue de todos los servicios prestados. 2. Validar soportes de autorizaciones. 3. Validar soportes cuentas generales y ayudas diagnosticas. 4. Validar RIPS. 5. Revisar listados de cuentas abiertas e inactivas. 6. Revisión de envíos. 7. Revisión de devoluciones. 8. Revisión de cumplimientos e indicadores.		ACTUAR 1. Refacturación de cuentas. 2. Corrección de RIPS. 3. Subsanar devoluciones. 4. Seguimiento a indicadores.		SALIDA 1. Facturas listas para cobro. 2. Rips validados. 3. Soportes de radicación. 4. Autorizaciones de servicios y no POS. 5. Cronograma de radicación y capacitaciones. 6. Programa de turnos. 7. Cierre de turnos.			
PROVEEDORES 1. Gestion Comercial y Convenios. 2. Planeación y Desarrollo 3. Entes Estatales y Gubernamentales. 4. Entidades Contratantes EAPB - ERP 5. Gestión del Talento Humano.	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.									CLIENTES 1. Auditoria Medica 2. Cartera 3. Contabilidad		
REQUISITOS CLIENTES -Capacidad instalada -Programas de promoción y prevención -Orientación y socialización -Trabajo social -Rutas de emergencia	REQUISITOS EMPRESA -Acuerdos de voluntades -Notas técnicas -Costeo de los servicios -Portafolios -Portales transaccionales		REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo		NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia		RECURSOS SOPORTE 1. Facturas listas para radicar. 2. Rips corregidos. 3. Planes de acción para mejora del area.		DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoria concurrente. -Procedimiento de auditoria de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.		INDICADORES -Cumplimiento de Normas y Protocolos. -Resultados Clínicos -Calidad de la Historia Clínica -Oportunidad en la Atención -Facturación y Parametrización - Y los aplicados a la Norma	

	MANUAL	MN02-GCA	
		Versión 01	Página 44 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN CARTERA

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS	CT-CAR	
		Versión 4	Página 1 de 2
	CARTERA	Fecha Emisión: mayo de 2019 Fecha Revisión: noviembre 2024 Fecha Actualización: noviembre 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO CARTERA

Administrar, gestionar y asegurar los recursos derivados del cobro de la facturación generada y radicada en cada una de las entidades con las cuales la organización tiene una relación contractual, a personas particulares o entidades bajo modalidad de pago anticipado.

LÍDER DEL PROCESO: Líder de Cartera

PARTICIPANTES PROCESO: Líder de Cartera - Auxiliar de Cartera

ENTRADAS 1. Lineamientos gerenciales. 2. Planeación estratégica de pagos. 3. Normatividad. 4. Políticas institucionales	PLANEAR 1. Programar cobro de cartera vencida por medio de (Cartas, email, visitas, acciones acordadas con la Subgerencia Financiera). 2. Identificar posibles riesgos del proceso. 3. Optimización del flujo de desembolsos para saldar cuentas en cobro de cartera.	HACER 1. Revisar radicación de facturas de cada una de las entidades en convenio. 2. Elaborar cuentas de cobro. 3. Realizar llamadas telefónicas solicitando programación de pagos a las entidades. 4. Visitas a entidades financieras. 5. Revisar estados de cuenta. 6. Realización de conciliación cartera vs contabilidad. 7. Aplicar pagos realizados por las entidades. 8. Mantener la cartera depurada. 9. Registrar respuesta de glosas. 10. Conciliar radicación de	VERIFICAR 1. Verificar el pago de la cartera vencida o esperada por parte de las entidades. 2. Verificar la correcta aplicación de los pagos de las facturas que descargan de cartera. 3. Verificar las aplicaciones de los cruces de cartera. 4. Verificar cargue de informes a entes de control. 5. Verificar cumplimiento de acuerdos de pago con las entidades. 6. Verificar que las facturas glosas conciliadas estén soportadas con acta, aplicadas en el sistema y entregada a cartera.	ACTUAR 1. Conciliar recaudos con presupuesto de forma mensual. 2. Realizar informes para la dirección y los entes de control. 3. Preparación y presentación de planes que contribuyan a la gestión del riesgo. 4. Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo. 5. Revisión de radicación mensual. 6. Proponer planes de mejoramiento y acciones correctivas en las diferentes actividades del proceso.	SALIDA 1. Facturas listas para cobro. 2. Soportes de radicación. 3. Autorizaciones de pagos. 5. Socialización de pagos con las entidades responsables de pago.	
PROVEEDORES Todos los procesos de la ESE Entidades externas (EPS-entes territoriales y de control)	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.				CLIENTES 1. Gerencia. 2. Subgerencia Financiera. 3. Líder de Cartera 4. Tesorería 5. Contabilidad	
REQUISITOS CLIENTES 1. Procesos de apoyo. 2. Auditorías de salud. 3. Presupuesto. 4. Tesorería 5. Contabilidad.	REQUISITOS EMPRESA -Acuerdos de voluntades -Notas técnicas -Costeo de los servicios -Portafolios -Portales transaccionales	REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE 1. Procesos de apoyo. 2. Auditorías de salud. 3. Presupuesto. 4. Tesorería 5. Contabilidad.	DOCUMENTOS SOPORTE 1. Acta de conciliación de cartera establecida por la respectiva entidad. 2. Auditoría constante por la institución. 3. Junta Directiva	INDICADORES -Cumplimiento de Normas y Protocolos. -Resultados Clínicos -Calidad de la Historia Clínica -Oportunidad en la Atención -Facturación y Parametrización - Y los aplicados a la Norma

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01 Página 45 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

CARACTERIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-AUS
			Versión 01 Página 1 de 4
	AUDITORIA EN SALUD		Fecha Emisión: enero de 2025 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

OBJETIVO DEL PROCESO AUDITORIA

Desarrollar acciones de inspección y vigilancia basado en riesgos, verificando el cumplimiento de los procesos misionales en la garantía de la calidad de los derechos en el sistema de salud, garantizando el acceso, la oportunidad, la pertinencia, calidad y seguridad en la atención de nuestros usuarios y velando por la viabilidad económica, financiera y sostenible de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno.

LÍDER DEL PROCESO: Líder de programa de auditoría de nivel 1 y 2.

PARTICIPANTES PROCESO: Líder de programa Auditor y auxiliar del proceso.

ENTRADAS Requerimientos internos de seguimiento de concurrencia para evitar glosas. Requerimientos externos de entes territoriales, EAPB, entes de control, otros actores del	PLANEAR -Verificación y gestión de requerimientos internos y externos -Estructuración del área de auditoría. -Revisión y conciliación de glosas. -Auditorías concurrentes de los servicios de hospitalización, urgencias, Gineco-pediatría, cirugía y nivel 1. -Preauditoría de cuentas médicas, conciliaciones, devoluciones con los requisitos legales.	HACER -Gestión documental de indicadores -Seguimiento y apoyo en la gestión de planes de mejora -Conciliación de glosas gestionadas de acuerdo a requisitos legales y contractuales -Monitorización y seguimiento a cuentas presentadas dentro de los límites establecidos -Evaluaciones de oportunidad, pertinencia, seguridad y calidad en la prestación de servicios. -Realizar reportes y apoyo en la actualización de procesos -Apoyo en la gestión de planes de mejora para mitigar riesgos -Informes a entes reguladores	VERIFICAR -Efectividad y cumplimiento a planes de mejora -Evaluar el seguimiento a la gestión del mejoramiento continuo de los procesos -Cumplimiento de los requisitos en la gestión documental -Verificar el correcto diligenciamiento de la calidad del dato en la Historia Clínica. -Establecimiento de controles para el cumplimiento sistemático de protocolos y guía de práctica clínica en la trazabilidad en la gestión de procesos de intervenciones en salud.	ACTUAR -Apoyo y ajuste en el direccionamiento de planes de mejoramiento -Acompañamiento en los requerimientos de contingencias -Apoyo y ajustes correctivos frente a las posibles desviaciones de procesos e indicadores	SALIDA Informes de auditoría concurrente, cuentas médicas, calidad y seguimientos a indicadores de gestión de calidad, nivel 1 y 2 Conceptos y orientación para planes de acción	
PROVEEDORES Todos los procesos de la ESE Entidades externas (EPS-entes territoriales y de control)	MEDIO AMBIENTE Capacidad instalada adecuada, escritorios, aires, archivos, impresoras, equipos de cómputo, softwares actualizados, herramientas ofimáticas, red informática, servidores dedicados.				CLIENTES Entes territoriales EPS, Otras entidades externas	
REQUISITOS CLIENTES -Capacidad instalada -Programas de promoción y prevención -Orientación y socialización -Trabajo social -Rutas de emergencia	REQUISITOS EMPRESA -Acuerdos de voluntades -Notas técnicas -Costeo de los servicios -Portafolios -Portales transaccionales	REQUISITOS Legales -Normativas locales y nacionales -Transparencia y reportes -Independencia del auditor -Preparación y documentación Riesgos -Identificación del riesgo -Evaluación y mitigación -Monitoreo continuo	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD -Planificación y Ejecución -Confidencialidad -Resolución de problemas -Acceso a información -Decisión -Independencia	RECURSOS SOPORTE -Historias clínicas -Reps -Facturas -Bases de datos -Unidades de almacenamiento	DOCUMENTOS SOPORTE -Procedimiento de auditoría concurrente. -Procedimiento de auditoría de cuentas. -Procedimiento gestión de glosas.	INDICADORES -Cumplimiento de Normas y Protocolos. -Resultados Clínicos -Calidad de la Historia Clínica -Oportunidad en la Atención -Facturación y Parametrización - Y los aplicados a la Norma

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 46 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN ESTERILIZACIÓN

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		CT- EST	
			Versión 01	Página 1 de 4
	ESTERILIZACION		Fecha Emisión: Septiembre de 2023 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

OBJETIVO DEL PROCESO: Garantizar la esterilización en cada uno de los insumos y dispositivos médico quirúrgico que requieran de esterilización y desinfección de forma segura, oportuna para todos los servicios de la Institución.

LÍDER DEL PROCESO: Líder de Esterilización

PARTICIPANTES PROCESO: Auxiliares de esterilización, Procesos asistenciales

ENTRADAS - Dispositivos médicos (Instrumental). - Ropa Quirúrgica.	PLANEAR - Inventario de instrumental y ropa quirúrgicos. - Establecer tiempos de esterilización. - Programación de insumos para esterilización. - Programación de personal de esterilización. - Programación de mantenimiento de los dispositivos médicos - Identificar posibles riesgos del proceso		HACER - Recepción de instrumental y ropa quirúrgicos. - Clasificación de instrumental y ropa quirúrgicos. - Lavado de instrumental quirúrgico según protocolo - Recepción de la ropa quirúrgica por parte de la concesión - Lubricación de instrumental - Secado, sellado, empaque y rotulación de dispositivos médicos. - Emballar ropa y dispositivos médicos. - Esterilización de paquetes - Almacenamiento de productos esterilizados - Entrega de paquetes en los diferentes servicios. - Realizar planes que contribuyan a la gestión del riesgo		VERIFICAR - Verificar condiciones en que se reciben el instrumental y ropa quirúrgicos. - Verificar el cumplimiento de condiciones de lavado. - Revisar controles biológicos y químicos. - Revisar parámetros de funcionamiento de las autoclaves. - Inventario de insumos de esterilización. - Verificar fechas de vencimientos y condiciones de empaque de los paquetes. - Verificar las condiciones de temperatura y humedad relativa de almacenamiento de los paquetes esterilizados. - Verificar condiciones del dispositivo médico según políticas de reuso. - Verificar estado y funcionamiento de los dispositivos médicos. - Verificar la efectividad de la ejecución de los planes según gestión del riesgo		ACTUAR - Reprocesar paquete con condiciones no adecuadas de esterilización. - Reportar devolución de paquetes. - Establecer planes de mejoramiento.		SALIDA - Material estéril - Ropa Estéril - Dispositivos biomédicos estériles - Instrumental y ropa quirúrgicos
	PROVEEDORES - Procesos Asistenciales - Puestos de Salud - Concesión de Servicios Generales		MEDIO AMBIENTE Condiciones de habilitación según resolución 3100 de 2019 y las normas que le adicionen o sustituyan		CLIENTES - Procesos Asistenciales - Puestos de Salud				
	REQUISITOS CLIENTES - Oportunidad en la entrega de equipos y dispositivos. - Conservar el buen estado de los equipos.	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales. - Cumplimiento de los derechos y deberes.	REQUISITOS LEGALES Legales Según FR2-GJD "Normograma" Riesgos Según FR2-CIN "Matriz de riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-069 por el cual se implementan manual de funciones y competencias laborales	RECURSOS SOPORTE - Autoclave de vapor - Alta - Esterilizador con Óxido de Etileno - Incubadora - Insumos de esterilización - EPP - Papelería	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" - Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" - Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental - TRD - Inventario Documental	INDICADORES Según PS-EST "Plan de Seguimiento y Control" de Esterilización		

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 47 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN CONTROL INTERNO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT-CIN	
			Versión 06	Página 1 de 4
	CONTROL INTERNO		Fecha Emisión: Marzo 2019 Fecha Revisión: Julio 2024 Fecha Actualización: Julio 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO: Evaluar de manera independiente, objetiva y oportuna el Sistema de Control Interno y la gestión integral del riesgo, a través de seguimientos y auditorías basadas en riesgos, cumpliendo los lineamientos normativos y ejecutando mejores prácticas en el desempeño de los roles de la Oficina de Control Interno, para el fomento de una cultura de autocontrol, generando valor y contribuyendo a la consecución de los objetivos estratégicos de la Entidad.

LIDER DEL PROCESO: Jefe Oficina Asesora de Control Interno.

PARTICIPANTES PROCESO: N/A

ENTRADAS - Requerimientos e informes de Entes de Control - Información documentada del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) - Plan de Desarrollo Institucional - Mapa de Riesgos Institucional - Normatividad y regulaciones vigentes	PLANEAR - Elaborar el Programa de Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno. - Identificar los requisitos normativos aplicables a la Entidad y sus procesos. - Diseñar estrategias de prevención y sensibilización relacionado con el Control Interno. - Programar la evaluación del Sistema de Control Interno.	HACER - Desarrollar el Programa de Auditoría Interna, así como los reportes contemplados en el mismo. - Realizar y presentar informes de auditoría a la Alta Dirección. - Realizar el seguimiento a la rendición de informes a Entes de Control, - Revisar, organizar y analizar la información requerida por los Entes competentes. - Evaluar el Sistema de Control Interno. - Desarrollar las campañas de prevención y sensibilización para la promoción de la Cultura del Autocontrol.	VERIFICAR - Verificar el cumplimiento del Programa de Auditoría Interna. - Analizar y medir el resultado de los Planes de Mejoramiento de las Auditorías de Control Interno, y de Entes Externos de Control. - Validar el cumplimiento de los cronogramas de auditorías, evaluación de Control Interno, reportes obligatorios. - Realizar seguimiento, monitoreo y medición al cumplimiento de los indicadores y Mapa de Riesgos del Proceso.	ACTUAR - Ajustar cronogramas de acuerdo con las causales de incumplimiento. - Establecer acciones de mejora acerca de las desviaciones presentadas en los procesos. - Actualizar los documentos del proceso, en los casos que sea requerido.	SALIDA - Programa de Auditoría Interna - Informes de Auditorías - Planes de Mejoramiento e informes de seguimiento	
PROVEEDORES - Procesos institucionales - Entes Externos de Control - Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - Modelo Estándar de Control Interno (MECI) - Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, ventilación, con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.				CLIENTES - Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno - Colaboradores de la Entidad - Todos los procesos institucionales - Junta Directiva - Entes Reguladores - Entes Externos de Control	
REQUISITOS CLIENTES - Atención oportuna y eficiente de requerimientos - Integridad	REQUISITOS EMPRESA - Cumplimiento de las políticas institucionales - Cumplimiento de cronogramas - Confidencialidad de la información	REQUISITOS Legales Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos Según FR07-PLN "Matriz Subsistema de Gestión de Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02.069 del 1 de febrero de 2023 "por medio de la cual se adopta el Acuerdo de Junta Directiva No. 05 del 31 de enero de 2023, por el cual se actualiza el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales de los Empleados de la Planta Global de Cargos..."	RECURSOS SOPORTE - Sala de reuniones - Ayudas audiovisuales - Teléfono - Computador - Internet - Impresora	DOCUMENTOS SOPORTE - Según FR1-GCA Listado Maestro de Control de Documentos - Según FR2-GCA Listado Maestro de Control de Registros - Según FR3-GCA Listado Maestro de Control de Documentos Externos - Transferencias Documentales - Tablas de Retención Documental (TRD)	INDICADORES Según PS-CIN Plan de Seguimiento y Control – Control Interno

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 48 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

CARACTERIZACIÓN CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESOS		CT- CID	
			Versión 04	Página 1 de 2
	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		Fecha Emisión: Marzo de 2019 Fecha Revisión: Julio de 2024 Fecha Actualización: Julio de 2024	

OBJETIVO DEL PROCESO: implementar estrategias de prevención y sensibilización frente a las conductas disciplinarias; determinar la posible responsabilidad o ausencia de la misma, de los funcionarios públicos o algunos particulares que puedan ser disciplinados, adelantando de manera idónea la etapa instructiva del procedimiento disciplinario contemplada en la Ley 1952 de 2019.

LIDER DEL PROCESO: Jefe de Oficina de Control Interno Disciplinario.

PARTICIPANTES PROCESO: N/A.

ENTRADAS • Queja • Informe de Servidor Público • Informe Entes de Control • Anónimos	PLANEAR • Diseñar e implementar la estrategia de fortalecimiento institucional de los deberes y no incursión en las prohibiciones establecidas en la ley disciplinaria. • Analizar la queja, anónimo o informe respecto a una conducta de un funcionario público de la Entidad, la cual puede ser contraria a derecho con incidencia disciplinaria. • Analizar e identificar la credibilidad, pertinencia y competencia de la solicitud de investigación.	HACER • Desarrollar las actividades que permitan implementar la estrategia de fortalecimiento institucional de los deberes y no incursión en las prohibiciones establecidas en la ley disciplinaria. • Analizar los hechos con presunta incidencia disciplinaria conocidos de oficio, por queja o por informe. • Adelantar la etapa instructiva del proceso disciplinario conforme a la normatividad vigente • Realizar comunicación y/o remisión de la actuación a los diferentes órganos de control disciplinario (Procuraduría, Personería). • Diligenciar y enviar el formato de registro de sanciones disciplinarias REG-GD-SI-009 a la Procuraduría General de la Nación.	VERIFICAR • Medir, evaluar y analizar los mecanismos de seguimiento y medición. • Verificar el adelantamiento de la etapa instructiva dentro del proceso disciplinario, conforme a lo establecido en la normatividad vigente. • Verificar la comunicación de la actuación de la procuraduría y personería • Verificar el registro de las sanciones disciplinarias por parte de la Procuraduría General de la Nación a través del portal web. • Verificar el cumplimiento del fallo disciplinario.	ACTUAR • Revisar todas las actuaciones derivadas del adelantamiento de la etapa instructiva del proceso disciplinario. • Analizar información y datos para tomar las acciones correctivas, preventivas o de mejora necesarias.	SALIDA • Diapositivas/Folletos • Expediente Disciplinario (Comunicaciones, Citaciones, Autos, Notificaciones) • Informe de Procesos Disciplinarios	
PROVEEDORES • Todos los procesos institucionales. • Entes Reguladores. • Funcionarios Públicos • Particulares (persona natural o jurídica)	MEDIO AMBIENTE Instalaciones locativas seguras y en buen estado (iluminación, humedad, ventilación) con escritorio, computador, herramientas de oficina, sistemas de comunicación, etc.				CLIENTES • Todos los procesos institucionales. • Entes Reguladores. • Funcionarios Públicos • Particulares (persona natural o jurídica)	
REQUISITOS CLIENTES • Atención oportuna, eficiente y eficaz de requerimientos conforme a la constitución y la Ley	REQUISITOS EMPRESA • Cumplimiento de las políticas institucionales. • Confidencialidad de la información • Cumplimiento de la ley disciplinaria (Deberes, Derechos, Prohibiciones, Procedimientos, Garantías Procesales)	REQUISITOS Legales • Según FR02-GJD "Normograma" Riesgos • Según FR02-CIN "Matriz Subsistema de Gestión de Riesgos"	NIVEL DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD Según Resolución No. 110.04.02-449 "Por medio de la cual se adopta el acuerdo de junta directiva No. 11 del 30 de mayo de 2023, por el cual se aprueba la creación del cargo de jefe de control interno disciplinario con funciones de juzgamiento y se adoptan sus funciones, y se aprueba la modificación del manual de funciones y competencias laborales del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. en lo pertinente al cargo de control interno disciplinario con funciones de instrucción" de la H. Junta Directiva.	RECURSOS SOPORTE • Salón de capacitación • Medios Tecnológicos de audio y vídeo • Ayudas Audiovisuales. • Teléfono • Computador • Internet • Transporte.	DOCUMENTOS SOPORTE • Según FR1-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos" • Según FR2-GCA "Listado Maestro de Control de Registros" • Según FR3-GCA "Listado Maestro de Control de Documentos Externos" • Transferencias Documentales • Tablas de Retención Documental - TRD • Inventario Documental	INDICADORES • Según PS-CID "Plan de Seguimiento y Control de Control Interno Disciplinario"

	MANUAL	MN02-GCA	
		Versión 01	Página 49 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

RESPONSABILIDADES FRENTE AL SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD

RESPONSABILIDADES DE LA ALTA DIRECCIÓN – JEFE DE AREA Y SUBGERENTES

- Establecer y utilizar adecuados instrumentos de gestión que garanticen los resultados bajo parámetros de calidad, eficiencia y eficacia.
- Gestionar sostenibilidad de la empresa.
- Actuar con transparencia en todas las decisiones empresariales
- Liderar y gestionar el ambiente de control a través de la gestión ética y la coordinación efectiva de recursos y esfuerzos, para el logro de los objetivos y metas institucionales.
- Establecer lineamientos y políticas organizacionales para el direccionamiento estratégico de la ESE, orientado al cumplimiento de las funciones públicas delegadas por el Estado.
- Garantizar el diseño y desarrollo del Sistema de Control Interno y su articulación con el Sistema de Gestión de Calidad adoptado por la ESE
- Disponer los recursos físicos, económicos, tecnológicos, de infraestructura y de talento humano, requeridos para la implementación del MECI y el Sistema Integral de Garantía de la Calidad.
- Adoptar comportamientos, disciplinas y procesos que orienten al mejoramiento continuo de la organización.
- Revisar y aprobar los documentos donde se describa el quehacer de la empresa (manual de calidad, procedimientos, instructivos, guías, etc.).

Frente al sistema de gestión de calidad

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

Frente al Autocontrol

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

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 50 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

RESPONSABILIDADES DEL JEFE DE CONTROL INTERNO

- Preparar plan anual de auditorías y someterlo a aprobación por parte de los comités de control interno y comité de calidad
- Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del sistema de control interno
- Realizar la evaluación independiente del sistema del control interno requerida por el DAFP
- Verificar que el sistema de control interno este formalmente establecido y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos, y en particular de aquellos que tengan responsabilidades de mando.
- Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de la ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.
- Verificar los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente de acuerdo con la evolución de la entidad.
- Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios.
- Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados.
- Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.
- Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.
- Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente.
- Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades.
- Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas.
- Verificar que la organización cumpla con las funciones que le corresponden en el marco de la LEY DE TRANSPARENCIA y ANTICORRUPCIÓN Y DE GOBIERNO EN LINEA.
- Comunicar a la Dirección los resultados de evaluación independiente de control interno.
- Realizar seguimiento a los planes programas y proyectos institucionales y presentar informe a la Dirección y el comité de calidad y control interno
- Evaluar el desempeño de los comités y grupos de trabajo institucional, en el marco de la eficacia, eficiencia y efectividad
- Evaluar la ejecución presupuestal de los planes, programas y proyectos institucionales
- Realizar seguimiento sistemático al cumplimiento de las políticas organizacionales y proponer acciones de mejora
- Realizar seguimiento a los riesgos frente a la transparencia y la anticorrupción, apoyar en la definición de acciones de mejora y realizar seguimiento al cierre de brechas de mejoramiento.
- Verificar la oportunidad y pertinencia del proceso de Rendición de cuentas institucional.
- Verificar y conceptuar sobre el sistema de control interno contable
- Verificar y conceptuar sobre el control interno disciplinarios
- Verificar y conceptuar sobre la administración y la gestión de la información primaria y secundaria de la ESE

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 51 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

- Verificar y conceptuar sobre la administración y la gestión de la comunicación informativa y organizacional
- Promover una cultura de Transparencia y Autocontrol.

RESPONSABILIDADES DE LOS AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

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

RESPONSABILIDADES DE LOS JEFES DE AREA Y LIDERES DE PROCESO

- Gestionar, administrar y custodiar los recursos delegados para la operación del proceso a su cargo
- Actuar con transparencia en todas las decisiones y acciones empresariales
- Participar activamente en la elaboración de planes, programas y proyectos aplicables al proceso
- Orientar el desempeño del proceso y de los funcionarios a su cargo, al logro de los objetivos estratégicos institucionales
- Mantener canales de comunicación en doble vía (ascendente y descendente) para la divulgación de información organizacional, en pro del desempeño y desarrollo del proceso
- Elaborar y presentar informes de gestión del proceso

Frente al sistema de gestión de calidad

- Coordinar con la oficina de calidad y control interno la estandarización, implementación y evaluación de los requisitos aplicables a los procesos
- Revisar y actualizar la documentación del proceso
- Cumplir y hacer cumplir los lineamientos estandarizados para el proceso
- Contribuir desde el desempeño de los procesos, al logro de los objetivos de calidad
- Conocer y entender la política y los objetivos de calidad. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Conocer y entender el mapa de procesos de la ESE y su caracterización. Transmitirlo a su equipo de trabajo
- Asegurarse de que su equipo de trabajo conoce y entiende la importancia de su propia labor, como contribución al logro de los objetivos estratégicos y el desempeño del SIGC
- Trabajar en coordinación con el equipo de trabajo, en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, aplicables al proceso
- Motivar a su equipo de trabajo hacia la calidad.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos normativos, legales, reglamentarios y del cliente, aplicables al proceso.

	MANUAL		MN02-GCA
			Versión 01
			Página 52 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --

- Cumplir y hacer cumplir el control documental de los documentos y los registros que hacen parte del proceso.
- Calcular y analizar los indicadores de gestión y de calidad del proceso y definir oportunidades de mejora que impacte positivamente el desempeño del proceso
- Identificar las oportunidades de mejoramiento de su proceso y formular acciones correctivas y preventivas.
- Implementar eficazmente las oportunidades de mejora definidas para el proceso.
- Facilitar la realización de auditorías internas y externas programadas al proceso

Para el Autocontrol

Es responsable por la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados a estos y por la Autoevaluación a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas.

RESPONSABILIDADES DE LOS FUNCIONARIOS

Frente al sistema de gestión de calidad

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

Para el autocontrol

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

	MANUAL		MN02-GCA	
			Versión 01	Página 53 de 96
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		Fecha Emisión: julio de 2024 Fecha Revisión: -- Fecha Actualización: --	

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Mapa de Procesos
Caracterizaciones de Procesos y Procedimientos

9. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA

No. Versión	Fecha Revisión / Actualización	Pagina	Solicitante	Cambios y/o modificaciones realizadas
01	Julio de 2024	Todo	Erika Lasprilla	Realización del documento

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Erika Lasprilla	Asesora del Calidad	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
REVISÓ	Isabel Cristina Torres	Jefe de Calidad	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>
APROBÓ	Federico Paredes	Subgerente Científico	<i>FIRMADO EL ORIGINAL</i>