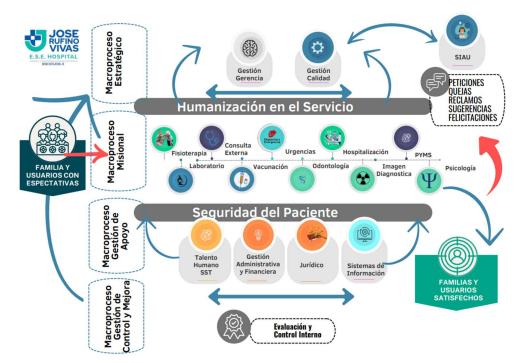
4.4.6 Mejora continua de los procesos

El hospital tiene un enfoque de mejora continua para los procesos del SGC. Se han establecido procedimientos y prácticas para identificar oportunidades de mejora, implementar acciones correctivas y preventivas, y llevar a cabo revisiones periódicas de los procesos. La alta dirección promueve la participación y el compromiso de todo el personal en la mejora continua de los procesos y la eficacia del SGC.

El hospital está comprometido con la implementación, mantenimiento y mejora continua de su Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad, satisfaciendo los requisitos del cliente y cumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001.

A continuación, se muestra el mapa de procesos del Hospital Jose Rufino Vivas con sus correspondiente flujos e interacciones.

Figura 1. Mapa de procesos del Hospital José Rufino Vivas (HJRV) del municipio de Dagua.



9. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS

JOSE			ITAL JOSE RUFINO VIVAS ón: Proceso Consulta Externa	icontec IQNET			
E.S.E. HOSPITAL CALIBEZ, VOCACÓNA EXCELDIDA EN SALUO 890305496-9	Codigo: C-CE		versión: 06	ISO 9001 CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM			
Objetivo	Prestar atención ambulatoria en consulta médica genera		l con el fin de emitir diagnósticos y l	orindar tratamientos médicos de acue	erdo al nivel de atención.		
Responsables	Lider del proceso - Coordinador médico		Participantes:	Coordinador médico, Médicos, Jefe de enfermeria, auxiliares de administrativo.Ventanilla unica.			
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO		
		 Recepción del usuario al servicio. 	Datos del usuario ingresados en la base de datos.	Se registra no conforme y se toman acciones.			
		Atención del paciente por profesional asignado	Cumplimiento de protocolos y guías de atención.	Se registra en plan de mejoramiento y se realiza seguimiento respecto.			
Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos. Normatividad vigente			La HC y registros se encuentren complemente diligenciados y con la informacion respectiva.	Se registra no conforme y se toman acciones.	Paciente atendido, con diagnóstico y tratamiento médico definido.		
		Aplicación de las guías y protocolos de atención.	Pertinencia en el cumplimiento de las guías y protocolos.	Se registra no conforme y se toman acciones.			
		 Asignación de Tratamiento o Remisión de pacientes a otro nivel, hospitalización ò especialista. 	Pertinencia de la remisión (tipo de remisión que requiere el paciente segùn DX). Auditoria Medica	Se registra no conforme y se toman acciones.			
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	Indicadores de gestión	Clientes del proceso		
Aseguradoras Usuarios particulares Secretaria de salud departamental Pacientes por eventos Pacientes Contributivos Pacientes Portabilidad	2007.Decreto 3518 de 2006. Decreto 538/ 2020. Decreto 3280 Norma ISO	*Inoportunidad en la atencion *inadecuado manejo clinico de patologias *Aumento de ocurrencia de eventos adversos *Accidente laboral con riesgo biológico	Procedimientos, manuales y guias médicas. Protocolos Registros Historia cllinica, Fichas SIVIGILA	* NC gestionados oportunamente. * Adherencia a guias y protocolos. * Eventos adversos. *Oportunidad en la asignación de citas	Procesos misionales Aseguradoras Familia Estado Otras IPS Secretaria de salud mpal		
Elaboró			Aprobó				
Lider del proceso - Coordinad	Lider del proceso - Coordinador de calidad			Gerente			



PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION PUNTOS DE CONTROL





Codigo: PC - CE

PROCESO:	CONSULTA EXTERNA					
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE	
1.Datos del usuario ingresados en la base de datos.	lla Información contenida en el l	Médico	La informaciòn contenida en el sistema son correctas.		Se registra no conforme y se toman acciones	
2. Cumplimiento de protocolos y guías de atención	El cumplimiento en la aplicaciòn de las guias mèdicas	Coordinador Médico	La HC contiene en manejo segùn guias establecidas	Historia ellinica	Se registra no conforme y se toman acciones	
encuentren complemente diligenciados y con la	Que Información contenida en la HC y registros clinicos este complta y cumpliendo requisitos.	Coordinador Mèdico	La HC y registros se encuentran totalmente diligenciados y con la información correcta	Historia cllinica Registros clinicos	Se informa al personal implicado y realiza seguimiento	
4. Pertinencia de la remisión (tipo de remisiòn que requiere el paciente segùn DX).	Cumplimiento en la aplicación		Que el DX amerite la asignación	Historia clinica	Se toman acciones	
5. Inoportunidad en la asignación de citas	Cumplimiento de las asignaciones de citas de los pacientes que las solicitan	Cordinador médico	La citas son aginadas oportunamente y se cumplen	Agendas médicas	Se registra no conforme y se ajusta la agenda	

Elaboro:	Aprobo:
Lider del proceso - Calidad	Gerente

JOSE RUFINO VIVAS

ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

Caracterización: Proceso de Gestion de Apoyo Médico.





E.S.E. HOSPITAL
OUGGE VOCAMBRADE POUR
S90305496-9

Codigo: C-AM

Versión: 06

Vigencia: Febrero de 2028

Objetivo

Procesar y analizar muestras de laboratorio y toma de imagenes diagnosticas, con el fin de entregar resultados oportunos y confiables para contribuir en el manejo adecuado de los pacientes.

Responsables	Lider del proceso - Bacteriológo.		Participantes: Auxiliar de laboratorio, auxiliar de facturación, bacteriologo		ción, bacteriologa (o),	
ENTRADAS PLANEAR		HACER	VERIFICAR		ACTUAR	RESULTADO
	Infraestructura, insumos,	Recepción y/o Toma de muestras e i mágenes.	de muestras e imágenes. Que la muestra cumpla requisi	ra toma itos y el	Se registra NC, se devuelve la factura a la caja para corrección y se toman acciones. Se brinda instrucciones al paciente y se reprograma, si es necesario.	
Orden mèdica y factura	Equipos biomédicos y personal necesarios para el	2. Clasificación de la muestra	Procedimiento de acuerdo al solicitado.	exa men	Se registra NC y se toman acciones	
Muestras	normal funcionamiento del servicio.	3. Controles internos y externos de calidad en laboratorio clínico		angos y	Se registra NC y se toman acciones	Resultados oportunos, confiables y confidenciales
Requistos Legales Entrega de resultado	Entrega de resultados	 Procesamiento y análisis de muestras e imágenes 	Cumplimiento de Protocolos, Procedimientos	guías y	Se repite el procedimeinto de verificación y se toman acciones	
		5. Elaboración y transcripción de resultados	Concordancia de los datos del p con las muestras analizadas e i tomadas.		Se registra NC y se toman acciones	
			Identificación del solitante del re Cumplimiento del tiempo en la er los resultados.		No se entrega el resultado. Se toman acciones.	
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	1	Indicadores de gestión	Clientes del proceso
Procesos misionales Usuarios	Ley 100 de 1993, Decreto 786/2016 1011/ 06, Decreto 2323/ 06, Decreto 3518/ 06, Ley 715/ 01, Decreto 3039/ 07 Decreto 538/2020 NTC ISO 9001:2015 Requisitos: 8.1,8.2,8.3,8.5,7.1.4, 8.6, 8.7, Otros: 4.4, 5.2, 5.3, 6,7.4,7.5, 9.1.1, 9.1.3, 10	*inadecuado procesamiento de muestras *resultados erroneos / dudosa confiabilidad *aumento de incidentes y eventos adversos *Envio inoportuno de entrega de Examenes.	Procedimientos de laboratorio. Procedimientos de RX. Registros Libro de reg. de entrega de res control de calidad int. (gram), co inventario, seguimeinto TSH, muestras de lab y envio muest Libro radiografias tomadas.	ontrol de eg. Envio	* No conformes gestionados * Control de calidad externo. * Eventos adversos. *Control de calidad interno	Procesos misionales Usuarios
Elaboro			Aprobó			
Lider del proceso - Calidad			Gerente			



PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION PUNTOS DE CONTROL





Codigo: PC - AM

PROCESO:	GESTION DE APOYO MÈDICO	ESTION DE APOYO MÈDICO					
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE		
Correspondencia de los datos de la factura con la orden médica	Que el procedimiento facturado corresponda a lo consignado en la orden médica.	Bacteriologa	Existe concordancia entre la factura y la orden medica.	Factura Orden médica	Se registra no conforme Se toman acciones		
2.Cumplimiento de protocolos para toma de muestras e imágenes.	Que en la toma de muestras e imágenes se cumpla los protocolos establecidos.	Bacteriologa	El usuario y muestra cumplen con los requisitos.	Factura Orden médica	Se registra no conforme Se toman acciones		
3.Que la muestra cumpla requisitos y el usuario cumpla con las condiciones para toma de muestra e imagenes.	Que el usuario asista en las condiciones a decuadas para la toma de muestra e imágenes.	Bacteriologo y técnólogo en radiología	Los protocolos para toma de muestras e imágenes se cumplen.	Factura Orden médica	Se registra no conforme Se toman acciones		
4. Clasificación de la muestra	Procedimiento de acuerdo al examen solicitado.	Bacterilogoa	Hay concordancia entre el procedimiento realizado y el examen solicitado por el médico	Orden medica Resultado examen	Se registra no conforme Se toman acciones		
, ,	Aplicaciòn de los protocolos y guiaa a las muestras analizadas	Bacteriologo y técnólogo en radiología	Los protocolos se aplican al total de las muestras analisadas e imágenes procesadas	Historia clinica	Se registra no conforme y se toman acciones.		
	Que los resultados arrojados por el equipo se encuentren dentro d elos ranfos permitidos.	Bacteriologa	Los resultados se encuentran dentro de los parametros permitidos y los equipos tienen los mantenimientos requeridos.	Reportes emitidos por los equipos respectivos.	Se toman acciones respectivas y se hace seguimiento.		
5. Concordancia de los datos del pacientes con las muestras analizadas e imágenes tomadas.	Que los datos consignados en el resultado correspondan a los registrados en la orden médica	Bacteriologa Aux. de laboratorio	Los datos impresos en los resultados e imágenes correspondan a los reportados en la orden médica.	Resultados de laboratorio. Placas de RX	Se registra NC y se toman accciones.		
6. Entrega oportuna de resultados.	Entrega de los resultados dentro del tiempo establecido. Registro del solitante.	Bacteriologo y técnólogo en radiología	El resultado es entregado en el tiempo establecido y se deja evidencia d ela entrega.	Registro de entrega de resultados	Se toman acciones y se registra no conforme		

Elaboro:	Aprobo:
Lider del proceso - Calidad	Gerente



Caracterización: Proceso Hospitalización



Codigo: C-HS versiòn: 06 Vigencia: Febrero 2024

Objetivo	Realizar tratamiento intrahospitalario asegurando el cumplimiento de requisitos en un entorno seguro para el paciente, con el fin de mejorar su estado de	
Objetivo	salud.	

	lidas dal success. Enfance			Coordinador Medico, Coordinador de enfermeria, Jefe de		
Responsable	Lider del proceso - Enferme	era	Participantes:	facturacion, coordinador de laboratorio	clínico.	
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO	
		Recepción del paciente al ingreso del servicio. Atención del paciente / tratamiento intrahospitalario.	Estado general del paciente, ordenes médicas y orden de hospitalización. 2.Consignaciòn en la HC de la evoluciòn del paciente, diligenciamiento y adherencia a guías de atención, aviso de cambios en el estado de salud del paciente	Se registra no conforme y se toman acciones Se registra no conforme y se toman acciones		
Usuarios con necesidades y	Insumos, infraestructura,	Hospitalización Partos Remisión de Pacientes a otro nivel de atención	Pertinencia oportuna del diagnóstico Pertinencia de la remision oportuna y soportes.	Se registra NC y se toman acciones. Se registra NC y se toman acciones.		
expectativas, listos para ser atendidos. Dispositivpos e insumos	recurso humano. Turnos y asignacion de funciones para el personal	5. Revista médica	Que se realice con el personal requerido, se consigne evolucion y ordenes en la HC. y registro de la entrega de turno respectiva.	Se registra NC y se toman acciones.	Paciente estable con diagnóstico y tratamiento definido	
medicos para hospitalización ,	del servicio	6. Alta de pacientes	Estado de salud del paciente, documentos de egreso y formula médica.	Se registra NC y se toman acciones.	a daminento dennido	
esterilización y partos		7. Entrega de turnos	Evolución del paciente y cumplimiento de ordenes medicas consignados en la historia clinica. Registro de entrega de turno.	Se registra NC y se toman acciones.		
		8. Esterilización de dispositivos e insumos médicoquirurgicos.de manera segura.	Cumplimiento de condiciones y requisitos de los insumos y los dispositivos medicoquirurgicos que ingresan al área de esterilización.	Se registra NC y se toman acciones.		
		carro de paro y stock de medicamentos	Cumplimiento de los formatos y las condiciones del servicio	Se registra NC y se toman acciones.		
Proveedores	Requisitos	Riesgos significativos	Documentos sooportes	Indicadores de gestión	Clientes del proceso	
Aseguradoras Usuarios particulares Secretaria de salud mpal	Resolución 1995 de 1999, Ley 23 del 81 Código de Ética Médica, Resolución 3374 del 2000 (Rips; anexo técnico No. 1-Epicrisis). Decreto 538/20 Norma ISO 9001:2015 Requisitos: 8.1,8.2,8.3,8.5,7.1.4, 8.6, 8.7, Otros; 4.4, 5.2, 5.3, 6,7.4,7.5, 9.1.1, 9.1.3, 10	*Aumento de presencia de eventos adversos inadecuado manejo clínico de patologias * Fuga de pacientes *Accidente Laboral con muestras/elementos de pacientes sospechosos o confirmados de covid-19	Gias y protocolos médicos Registros Historia clínica, planes de enfermeria (ginecobstetrico, pediatrico, hospitalizacion, EDA, enfermedades infecto contagiosas, IRA, celulitis,), Inventario de medicamentos (cuarto hospitalización, sala de partos, kit de emergencia obstetrica, kit de abuso sexual), entrega de turno , dietas pacientes, indic. químico, indic. biologico, control de material realizado, entrega de material y equipos esteriles,	*No conformes gestionados oportunamente *Eventos adversos *Adherencia a guías y protocolos de atención	Procesos misionales Aseguradoras Familia Estado Otras IPS Secretaria de salud mpal	
Elaboró			Aprobó			
Lider del proceso - Coordinadora de calidad			Gerente			



PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION PUNTOS DE CONTROL Codigo: PC - HS

ico



890305496-9					SC-CER185565
PROCESO:	HOSPITALIZACION				
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE
Estado general del paciente, ordenes médicas y orden de hospitalización al momento de ingreso al servicio	IEI estado de salud del paciente se encuentra	Mèdico Enfermera	La Historia clinica y ordenes medicas cumplen con los requisitos para la hospitalización del pacicente.	Historia clinica Orden médica Orden de hospitalización	se registra no conforme y se toman acciones
Consignación en la HC de la evolución del paciente,Diligenciamiento correcto, y adherencia a guías de atención	Que la HC contenga la información respectiva del estado de salud del paciente y cumpla con los requisitos de la adhesión a guias respectivo.	Médico Enfermera	Se cumplen los requsitos de diligencia de HC y adhesiòn a guias.	Historia clinica Notas de enfermeria	Se registra no conforme, se toman acciones y se elabora plan de mejorameinto para el seguimiento respectivo.
Pertinencia del diagnóstico de partos y neonatos	Que el estado de salud del pacientre requiera hospitalización. Cumplimiento en la aplicación de protocolos y guias establecidas.	coordinador Médico	El estado de salud del paciente amerita hospitalización y se realiza manejo médico aplicando los protocolos y guias establecido.	Historia Clinica	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.
Pertinencia de la remision y soportes.	Cumplimiento en la aplicación de guias y protocolos establecidos y cumplimiento de requisitos en los soportes requeridos.	coordinador Médico	El estado de salud del paciente amerita remisión y se realiza manejo médico aplicando los protocolos y guias establecido.	Historia Clinica Soportes respectivos	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.
Cumplimiento de la revista médica	Que se realice con el personal requerido, se consigne evolucion y ordenes en la HC. y registro de la entrega de turno	coordinador Médico Enfermera	Se realiza con el personal requerido y se consigna la evolucion y ordenes en la HC. Se evidencia el registro de turno	Historia clinica	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.
	El paciente se encuentra en buenas condiciones de salud y las ordenes cumplen con los requisitos.	Médico Enfermera	El estado de salud del paciente amerira dar de alta y la formula médica corresponde al manejo medico respectivo.	Historia clinica Formula medica	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.
Kardex de pacientes hospitalizados, evolución del paciente y cumplimeinto de ordenes medicas consignados en la historia clinica. Registro de entrega de turno.	Que el kardex, la evolución de pacientes y las ordenes médicas cumplan con los requisitos y se encuentren consignados en al historia clilnica	Enfermera	El kardex, la evolución y las formulas médicas completamente diligenciados y cumplen con los requisitos y hacen parte de la histpria clinica.	Historia clinica	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.
Cumplimiento de condiciones y requisitos de los insumos y los dispositivos medicoquirurgicos que ingresan al área de estelización.	Calidad de los insumos que permita realizar el procesamiento adecuado, registro sanitario respectivo. Entrega de dispositivos en recipiente plastico herméticamente cerrado sumergido en el producto respectivo.	Coordinadora del proceso	Los insumos y dispositivos médicos cumplen con los requisitos y condiciones al ingreso al área de esterilización.	Registros sanitario Registro de insumos Hoja de vida (instructivo de uso) equipos	Se registra NC y se toman acciones con el personal involucrado.

Elaboro:

Lider del proceso - Coordinación de Calidad

Aprobo:

Gerente



Lider del proceso - Coordinador de Calidad

ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

Caracterización: Proceso Odontologia



Codigo: C-OD Versiòn: 05 Vigencia: Febrero 2021

Objetivo	ealizar consulta odontologica general con el fin de diagnosticar, definir conducta y realizar los tratamientos de acuerdo al nivel de atencion, asegurando el umplimiento de requisitos.					
Responsable	Lider del proceso - odontológa		Participantes:	Coordinador odontológico, Jefe de odontologia.	facturación,Auxilires de	
ENTRADAS	PLANEAR HACER		VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO	
		1. Asignación de cita	Disponibilidad de agenda odontológica, aseguradora a la que pertenece el usuario.	ISE brinda información al listicalo y se		
		2. Recepción de usuario en el servicio		Se brinda la atención al paciente, se direcciona a facturación y se toman acciones.		
Usuarios con necesidades		3. Atención de pacientes y definir conducta	Cumplimiento de protocolos y guías de atención	Se registra NC y se toman acciones .	Usuario satisfecho con	
y expectativas, listos para ser atendidos.		 Diligenciamiento y/o apertura de historia clinica 	Diligenciamiento correcto de HC y registros respectivos.	Se registra NC y se toman acciones	tratamiento odontologico y diagnostico definido	
		5. Remisiòn de pacientes a otro nivel de atención, servición o especialista	Pertinencia de la remisión y documentos soportes	Se registra NC y se toman acciones		
		6. Solicitud de insumos odontologicos	Fechas de vencimiento, condiciones de almacenamiento y stokc	Se realiza devolución almacen. Se registra NC y se toman acciones.		
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	Indicadores de gestión	Clientes del proceso	
Urgencias Consulta ext. PYP Aseguradoras Usuarios particulares Secretaria de salud mpal	Resolución 1995 de 1999, Ley 23 del 81 Código de Ética Médica, Decreto 2200 del 2002, Decreto 1011 del 2006, Decreto 786 del 2016, Decreto 538/ 2020 Decreto 4747 de 2007, Resolucion 3280 del 2018 Norma ISO 9001:2015 Requisitos: 8.18.2,8.3,8.5,7.1.4, 8.6, 8.7, Otros: 4.4, 5.2, 5.3, 6,74,7.5, 9.1.1, 9.1.3, 10	*Aumentos de eventos Adversos *Accidente de riesgo Biologico. * realizacion de tratamientos inefectivos o de baja calidiad *Accidente Laboral con muestras	Procedimientos, guias y protocolos odontologicos. Registros: Consentimiento informado, agenda odontologica, historia clinica, registro de insumos médicos, complicaciones odontológicas, descarte de las fresas y zecrias,	* Nu gestionados oportunamente. * Eventos adversos gestionados. * Adherencia a protocolos y guías de atención. * Tratamientos odontológicos terminados. * Oportunidad en la asignación de citas	Familia Otras IPS	
Elaboró			Aprobó			

Gerente



PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION **PUNTOS DE CONTROL**



Codigo: PC - OD

PROCESO:	ODONTOLOGIA	DONTOLOGIA					
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE		
1 '	Oportunidad en la asignación de la cita y que el usuario este activo en la base de datos	Odontologa auxiliar odontologia	La cita se asigna dentro del tiempo establecido y el usuario esta activo en base de datos de aseguradora	Agenda odontologica Base de datos	Se informa al usuario y se direcciona.		
Inclusion del usuario en la agenda odontologica, facturación del procedimiento requerido.	Que el usuario se encuentre registrado en la agenda y que se facture el procedimiento correcto	Odontologa auxiliar odontologia	El usuario se encuentra incluido en la agenda y se factura el procedimiento requerido.	Agenda odontologica Factura	Se reprograma la cita, se direcciona el paciente a facturació para la corrección repectiva		
1	Que se apliquen al total de los procedimientos realizados	Odontologa	El total de los procedimientos realizados cumplen con los requisitos de aplicación de protocolos y guias de atención odontologica	Histotia clinica	Se registra NC, y se elabora plan de mejoramiento para segui mi ento repectivo		
Diligenciamiento correcto de HC y registros respectivos.	Que la historia clinica y los registros respectivos cumplan con los requisitos de diligenciamiento.	Odontologa	La historia clinica se encuetra completamente diligenciada con los registros repectivos, que hacen parte de la atención.		Se registra NC y se toman acciones.		
Pertinencia de la remisión y documentos soportes	Que el procedimiento solicitado requiera otro nivel de atención	Odontologa	La salud oral del paciente requiere otro nivel de atenciòn	10-1 200 00 00 00 00	Se registra NC y se toman acciones.		
condiciones de almacenamiento	Que los insumos se encuentren con fecha superior a 6 meses de vencimiento, se almacenen de acuerdo al las especificaciones impartidas por el fabricante y existencia minima de stock. Que la semaforizacion corresponda a los periodos de vencimiento	Odontologa	Las fechas de vencimiento son superiores a 6 meses, se almacena correctamente y se mantiene el stock minimo. Los insumos se encuentran semaforizados correctamente.	Registro de materiales e insumos odontologicos. Registro de temperatura	Se registra NC Se realiza devolucion al almacen, y semejoran condiciones de almacenamiento		

Elaboro: Lider del proceso - Coordinador de callidad

Aprobo: Gerente

Caracterización: Proceso Promoción y Mantenmiento de la Salud





VIVAS		ouracterization in the	occoo i romocion y mancemmento	ac ia baraa	CENTRIED	
E.S.E. HOSPITAL	Codigo: C-PYMS		versión: 06	Vigencia: Febrero 2024	SC-CER185565	
Objetivo	Promover programas	orientados a la reducción del ries	go por causas evitables, garantizand	o la salud colectiva para impactar positivamer	nte las metas establecidas	
Responsable	Lider del proceso - Enfermera Jefe		Participantes:	Coordinador medico, Coordinadora de enfer Jefe de estadistica.	meria, Jefe de facturació	
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO	
	Jornadas de salud y	1. Demanda Inducida	Demanda inducida efectiva	Identificación y captación de población susceptible de actividades de promoción de la salud, detección temprana y protección específica de Acuerdo a Normatividad aplicable.		
Unidad Médica Odontológica (UMO) Usuarios con necesidades y expectativas, listos para ser atendidos. Normatividad vigente Recursos Fisicos y Humanos Directirces Ministeriales Unidad Médica Odontológica (UMO) Consulta medica extramural Personal e insumos requeridos Seguimiento a programas.		THE STORE IN SEC. SHOW THE SEC.	Cumplimiento a la adherencia a Guías de Atención/normatividad vigente.	Se registra historia Clinica y se toman acciones		
		Remisión de pacientes a especialista/remisión entre programas	Pertinencia de la remisión y diligenciamiento de la documentacion respectiva.	Se registra historia Clinica y se toman acciones	Pacientes controlados y co minimos factores de riesg	
		4. Actualización de registros de la historia clinica (R-FAST)	Diligenciamiento correcto y completo de los registros	Se registra historia Clinica y se toman acciones		
	Bases de datos de EPAB´s	5. Visitas Domiciliarias a crónicos y Seguimiento a los pacientes captados y controlados (Crónicos)	Cumplimiento del cronograma de visitas domiciliarias, jornadas de salud y asistencia de los pacientes a la cita.	Se registra HC, se contacta al paciente y se		
		6. Actividades extramurales (educacion comunitaria, consultas)	programadas	Se registra NC y se reprograman o replantean actividades		
		7. Actividades del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Verificación de coberturas biológicos trazadores	Se registra NC y se reprograman o replantean actividades		
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	INDICADORES DE GESTION	Clientes del proceso	
Aseguradoras Secretaria de salud municipal	Ley 100/93, Resolucion 3280/2018, Resolucion 1438, Decreto 538/2020 NTC-ISO, 9001:2015,Norma 1122,Resolución 4505 Requisitos: 8.1,8.2,8.3,8.5,7.1.4, 8.6, 8.7, Otros: 4.4, 5.2, 5.3, 6,7.4,7.5, 9.1.1, 9.1.3, 10	*Aumento de eventos Adversos *Cobertura no efectivas *mortalidad en el binomio madre e hijo *Accidente Laboral con muestras/elementos de pacientes sospechosos o confirmados de alguna enfermedad infectocontagiosa	Guías de atención, Procedimientos, Cronograma de actividades de programas. Registros: Registros demanda inducida, reg. Diario de vacunación, movimiento mensual de biologicos, semaforización de biologicos, limpieza de neveras y refrigerador. PAI, vacunación aplicada, reg. pacientes de alto costo (digital), registro de stock de medicamentos de zona rural.	* No Conformes gestionados oportunamente * Eventos Adversos Gestionados *Cumplimiento a metas *Mortalidad perinatal * Porcentaje de cumplimiento al cronograma de salidas extramurales * Adherencia a guias y protocolos de programas	Usuarios y familias. Aseguradoras Secretaria de sal municipal.	
Elaboró			Aprobó			

JOSE RUFINO VIVAS
E.S.E. HOSPITAL
890305496-9

Lider del proceso - Coordinador de Calidad

PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION PUNTOS DE CONTROL

Gerente





890305496-9		Codigo: PC - PYP					
PROCESO:	PROMOCION Y PREVENCION						
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE		
Demanda Inducida	Requisitos de acuerdo al programa a ingresar, y se reporte en el registro correspondiente.	Coordinadora de PYP	El usuario Cumple todos los requisitos de ingreso a programas sea reportado en el registro respectivo.	Agenda	Se toman acciones respectivas		
Atención/normatividad	Cumplimiento de guias respectivas	Coordinadora de PYP	La atención se relizó de acuerdo a guias establecidas	Historia clinica	Se regiistra no conforme y se toman acciones		
Diligenciamiento correcto de los registros que hacen parte d	lOue los registros cumplan con los	Coordinadora de PYP Aux. PYP	Los registros estan completamente diligenciados y se cumplen los requisitos.	Historia clinica Registros respectivos	Se registra no conforme y se toman acciones		
Accidente Laboral con muestras/elementos de pacientes sospechosos o confirmados de covid-19	Que contenga todas las actividadades	Coordinadora de PYP	El cronograma se cumple en las fechas establecidas.	Cronograma de visitas.	Se regiistra no conforme, se contacta al paciente y se toman acciones.		
Cumplimiento de las actividades extramurales programadas	Que coincida con asignación de cuadro de	Coordinadora de PYP	El cronograma se cumple en las fechas establecidas y as actividades de ejecutan según lo programado	actividades Registros respectivos	Se registra no conforme y se ajusta el cronograma y se toman acciones con el personal implicado		
Actividades del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Cumplimiento de las acciones estipuladas en el proceso. Cumplimiento a metas de trazadores	Coordinación PAI	Verificación de coberturas por trazador	Formato trazador	Se registra no conforme y se ajusta el cronograma y se toman acciones con		
	Cumplimiento de las asignaciones de citas de los pacientes que las solicitan	Cordinación PYP	La citas son aginadas oportunamente y se cumplen	Agendas médicas	Se registra no conforme y se ajusta la agenda		

Elaboro:

Aprobo:

Lider del proceso - Coordinador de Calidad

Gerencia



Caracterización: Proceso Urgencias



Código: C-UR versión: 06 Vigencia: Febrero 2024

Objetivo

Brindar servicios orientados a estabilizar al paciente y mejorar su estado de salud, mediante el cumplimiento de requisitos, en una cultura de seguridad del paciente.

Jefe de enfermería, Coordinador médico, Médicos, jefe de facturación. ACTUAR RESULTADO Se informa al paciente y se direcciona. Stema Se informa al paciente y se direcciona. Diligenciamiento de historia clinica otocolos Se registra no conforme y se toman acciones médicas, se registra no conforme y se toman acciones Paciente con diagnóstico y tratamiento definido
Se informa al paciente y se direcciona. Se informa al paciente y se direcciona. Dilimiento Diligenciamiento de historia clinica otocolos Se registra no conforme y se toman acciones médicas, se registra no conforme y se toman
Se informa al paciente y se direcciona. Dilimiento Diligenciamiento de historia clinica otocolos Se registra no conforme y se toman acciones médicas, se en la Se registra no conforme y se toman tratamiento definido
otocolos Se registra no conforme y se toman acciones médicas, se registra no conforme y se toman processe e en la Se registra no conforme y se toman processe e e en la Se registra no conforme y se toman processe e e en la Se registra no conforme y se toman processe e e en la Se registra no conforme y se toman processe e e e e e e e e e e e e e e e e e
otocolos Se registra no conforme y se toman acciones médicas, se registra no conforme y se toman processe e en la Se registra no conforme y se toman tratamiento definido
acciones médicas, se registra no conforme y se toman tratamiento definido
medicas, Se registra no conforme y se toman tratamiento definido
ción Y Se registra no conforme y se toman acciones
ordenes Se toman acciones
paciente nto delas Se registra no conforme y se toman ntrega de acciones
Indicadores de gestión Clientes del proceso
* No conformes gestionados. * Eventos adversos * Oportunidad en la atencion (MEDICO - Procesos misionales Aseguradoras * Adherencia a guías y protocolos de Familias atención * Proporcion de remisiones * Reingresos
ica



PLAN DE SEGUIMIENTO Y MEDICION PUNTOS DE CONTROL





Codigo: PC - UR

PROCESO:	URGENCIAS					
VARIABLE A CONTROLAR	ASPECTO A VERIFICAR	CARGO RESPONSABLE DE VERIFICAR	CRITERIO DE ACEPTACION (acepto si)	REGISTRO DE VERIFICACION	QUE SE HACE, SI NO CUMPLE	
Triage, diagnóstico y estado general del paciente	Condiciòn de salud, pertinencia en la clasificacion del triage	Coordina dor mèdico	El estado de salud del paciente amerita atención por urgencias	Triage HC	Atencion Prioritaria y/o se remite a consulta externa	
Diligenciamiento correcto y cumplimiento de requisitos para apertura de HC	Cumplimiento de los requisitos para apertura de la Historia clinica.	Coordina dor mèdico	La historia clinica cumple requsitos de diligenciamiento	Historia clinica	se registra no conforme y se toman acciones.	
Pertinencia de las guias y protocolos (adherencia a guias y protocolos)	Cumplimiiento de los protocolos y guiasmédicas establecidas.	Coordina dor mèdico	Se define conducta al paciente según los protocolos y guias médicas establecidas.	Historia clinica	Se registra no conforme Se elabora plan de mejoramiento para seguimiento respectivo.	
Cumplimiento de ordenes médicas, registro de la Evolución del paciente en la historia clinica.	Que la orden médica se cumpla de acuerdo a los requerimientos medicos, Seguimiento al estado de salud del paciente.	Médico Aux. de enfermeria	Se ha dado cumplimiento a las ordenes mèdicas y la evolución del paciente esta consignada en la HC	Historia clinica	se registra no conforme y se toman acciones con el personal involucrado.	
and the second s	Cumplimiento en la aplicación de las guias y protocolos médicos establecidos. Documentos cumpliendo requsitos.	Coordinador mèdico	El estado de salud del paciente amerita remisòn y se realiza manejo médico aplicando los protocolos y guias establecidos.	Historia clinica	se registra no conforme y se toman acciones.	
	Que el estado de salud del paciente amerite egreso, y se adjunten las ordenes médicas respectivas.	Aux. de enfermeria	El estado de salud del paciente amerita egreso y se proporcionan las ordenes médicas	Historia clinica Ordenes médicas	se registra no conforme y se toman acciones con el personal implicado.	
Entrega de turnos	Consignación de la evolución del paciente en la historia clinica, cumplimiento de las ordenes médicas y registro de entrega de turnos	Coordinador mèdico Enfermera	La entrega de turnos se reporta en el registro respectivo y la evolucion del paciente queda consignada en la historia clinica	Historia clinica Registro entrega de turnos	se registra no conforme y se toman acciones con el personal implicado.	
Elaboro:			Aprobo:			
Lider del proceso - Coordinadora de Calidad			Gerente			



Codigo: C-GA



ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS
Caracterización: Proceso Gestion Administrativa y Financiera

Versión: 06



Vigencia: Febrero 2024



Objetivo	realizar actividades para asegurar la disponibilidad y confiabilidad de la infraestructura, suministro de bienes y servicios, que permitan la adecuda prestacion del servicio garantizando un quilibrio financiero en el tiempo.							
Responsable	Lider del proceso - subgerente administrativa		Participantes:	Coordinador compras, almacen y mantenimiento, Área financie Coordinador de servicios generales				
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO			
	Todas las compras de la institución	Selección y seguimiento al desempeño de los proveedores	Cumplimiento de los criterios de selección y seguimiento	Se rechaza o se retroalimenta al proveedor				
	Reevaluacion y retroalimentacion de proveedores	Mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura	Cumplimiento a las fechas establecidas según cronograma de mentenimiento preventivo. Disponibilidad y confiabilidad de la infraestructura.	Se ajusta las fechas y se toman acciones.	Infraestructura disponible confiable.			
Infraestructura. Requerimientos de bienes y servicios.	Mantenimiento a la infraestructura. Recibo y entrega de bienes	Realizar las compras según lo planeado y las necesidades presentadas	Cumplimiento del plan de compras y cumplimiento de requsitos del producto comprado.	Se realiza devolucion y se retroalimenta al proveedor	Bienes y servicios cumplien requisitos			
Inventario inicial de	e insumos	Almacenamiento de insumos	Cumplimiento de especificaciones de almacenamiento.	Se reubica y se toman acciones	Informacion oportuna confiable			
almacen y activos fijos. Información financiera	Actualización del PGIRHS Proyeccion del	Entrega de bienes e insumos	Oportunidad y especificaciones del requerimiento.	Se registra NC y se toman acciones	Entrega de informes a gerencia, junta directiva y ent			
	presupuesto	Realizar inventario	Concordancia del inventario fisico con lo registrado	Se registra NC y se toman acciones	de control			
Identificacion de los procesos contables		Ejecucion del PGIRHS	Cumplimiento de las actividades contenidas en el PGIRHS	Se realiza ajuste y se toman acciones	Estados financieros confiable y oportunos			
	Disponibilidad de	Ejecucion del presupuesto	cumplimiento a lo presupuestado	Revision y analisis del comportamiento de lajuste al presupuesto				
	infraestructura, recurso humano y tecnológico.	Facturación de servicios.	Registros adecuados de datos en la factura. Arqueo de caja	Se registra no conforme y se realiza el ajuste.				
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	Indicadores de gestión	Clientes del proceso			
Entes externos	Resolucion 1164 DE 2002 Ley 9 de 1979 Decreto 1510 de 2013 (Articulo 7º Decreto 1769 de 1994 Resolucion 1995/99, Decreto 780/ 2016 Decreto 780/ 2016 Decreto 538/2020 NTC-ISO 9001:2015 Requisitos:7,1,3,7,1,5,7,2,7,3 Otros: 4,4,5,2,5,3,6,7,4,7,5,9,1,1,9,3,10.	"infeccion cruzada" "Accidente la boral con residuos/elementos de pacientes sospechosos o confirmados de covid-19 ARCHA/O Y DOCUMENTACIÓN "perdida de historia clínica "ALAMACEN Y MANTENIMENTO "Entrega inoportuna de pedidios "Hurto "Daño en equipos biomedicos "No existencia de insumos por falta de abastecimiento por pandemia covid-19 SISTEMA DE LA INFORNACIÓN "Perdida de informacion "Manipulacion y adulteracion de la informacion VENTANILLA UNICA "Perdida de documentos e informacion FACTURACIÓN "Peculado "Facturación de procedimientos que no se encuentren contratado o con codigos incorrectos GLOSAS "Inoportunida de na respuesta "aceptación de mas del 5% de lo glosado PRESUPUESTO "Ejecutar el presupuesto de manera inadecuada CONTABILIDAD "Pago inoportuno por parte de las eps "Pago de proveedores sin soportes	Procedimiento de compras, PGIRS, procedimiento financiero, Registros Desempeño de proveedores, Cronograma de aseo, orden de servicio, orden de compra.	* Oportunidad en la entrega de insumos y	Todos los procesos. Entes de control. Usuarios			
Elaboró		Isinanartunidad u Calta da canfichilidad an lac	Aprobó					
ider del proceso - Coordin	adora de Calidad		Gerente					



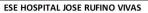
Caracterización: Proceso Calidad y Mejora continua



E.S.E. HOSPITAL 890305496-9	Codigo: C-CA		versión: 07 Vigencia: Febrero 2024		SC-CER185565	
Objetivo	Planificar e implementar activida asegurar la eficacia del SGC.	ades de seguimiento, medición y	y análisis al desempeño de los pi	rocesos, gestión de qu	uejas y satis	faccion del cliente, para
Responsables	Coordinador de calidad / Jefe de	control interno		Participantes:	Todos los pr	ocesos
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR		RESULTADO
Necesidades de mejoramiento de procesos.	2. Programación Auditorías internas (PAMEC, SGC) 3. Actividades de mejoramiento resultado de las auditorías. 4. Cronograma de revisión de indicadores. 5. Aplicación de encuestas de satisfacción	estructura documental 2. Seguimiento al desempeño de los procesos 3. Recopilar informacion del desempeño del SGC 4. Ejecucion de auditorías Internas	1.Cumplimiento de requsitos de la documentación 2. Cumplimiento de metas a través de indicadores de gestión 3. Informacion requerida para el reporte de indicadores este completa 4. Cumplimiento del plan de auditoría 5. Ejecucion y eficacia de las acciones implementadas. 6. Eficacia de las acciones implementadas. 7. oportunidad en la respuesta. Sarisfaccion del cliente 8. tamaño de muestra y nivel de satisfaccion	formalmente (por circular) 4. Reprogramar, estrategia y ajustar act 5. Se registra un no co toman acciones.	informacion medio de replantear tividades informe y se s acciones midad y se eplantear stra y se	Eficacia del SGC
Proveedores	Requisitos	Documentos soportes	Riesgos Significativos	Indicadores de g	estión	Clientes del proceso
Todos los procesos Aseguradoras, Usuarios particulares	2016 Decreto 1011 de 2005, Resolución 1043 de 2006. Resolución 1445 de 2006, Resolución 1446 de 2006, NTCGP	Procedimientos de obligatorio cumplimiento, Manual de la calidad, Caracterizacion del proceso, Procedimiento de quejas y satisfacción Registros: Listado maestro de registros, matriz de control documental, Control de distribucion documental, Registro NC, AC/AP, Plan de auditoria, Lista de chequeo auditorias internas, encuestas de satisfacción, Registro de quejas.	*No realizacion de auditorias Internas * Incumplimiento a los requisitos de habilitacion *No respuesta a las quejas y reclamos. *perdida de la certificacion en calidad por icontec	*Eficacia del S * Índice de satisfacción * Quejas resueltas opo	del cliente	Todos los procesos Aseguradoras Usuarios particulares Procesos misionales
Elaboró		saustacton, negitiro de quejas.	Aprobó			
Coordinador de calidad			Gerente			

JOSE RUFINO VIVAS		ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS Caracterización: Proceso Evaluacion y Control Interno							
E.S.E. HOSPITAL PULDEZ POSICIONES DECENSIONA DEFIALDO 890305496-9	Codigo: C-CI		versión: 03 Vigencia: Febrero 2024		SC-CER185565				
Objetivo	Asesorar y realizar seguimiento,	sorar y realizar seguimiento, control y evaluacion a los diferentes procesos para establecer acciones de mejora.							
Responsables	Asesor de control interno	esor de control interno				rocesos			
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR		RESULTADO			
	auditorías internas.	Seguimiento al desempeño de los procesos	Cumplimiento de metas a través de indicadores de gestión	Se toman accid	ones				
	Programación Auditorías internas	Ejecucion de auditorías Internas	Cumplimiento del plan de auditoría	Reprogramar, replante y ajustar activi					
Información del desempeño de los procesos.	Actividades de mejoramiento	Seguimiento y control de hallazgos detectados en auditorías internas y externas	Ejecucion y eficacia de las acciones implementadas.	Se registra hallazgos acciones.		Plan de desarrollo ejecutado			
Requisitos del Modelo	Etapas de implementacion del	Implementacion de AC/AP/AM	Eficacia de las acciones implementadas.	Se reevaluan las a implementad		ejecutado			
Estandar de Control Interno	MECI	Ejecucion de actividades del MECI	Cumplimiento de elementos del MECI	Se toman acciones.					
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	Indicadores de gestión		Clientes del proceso			
Todos los procesos	MECI 1000/05, Ley 87/93, Decreto 1826/94, Decreto 1599/05, Decreto 1474 de 2011.	*incumplimineto al plan anual de auditorias *No presentacion oportuna de informes a los entes de control. *No cierre oportuno planes de mejoramiento.	Procedimientos de auditoría interna, informe anual de control inertno, evaluacion de control inertno y planes de mejoramiento, Caracterizacion del proceso. Registros: Plan de auditoria, plan de mejoramiento, informes de auditorias.	*cumplimiento del auditoria		Todos los procesos			
Elaboró			Aprobó						
Coordinador de calidad / Jefe N	MECI		Gerente						

JOSE RUFINO VIVAS E.S.E. HOSPITAL



Caracterización: Proceso de Gestion estrategica y Gerencial





S.E. HOSPITAL codigo: C-GG-01 versión: 06 Vigencia: Febrero 2024

Objetivo	stablecer las directirces y lineamientos que permitan contribuir con el cumplimiento de la misión, logro de los objetivos organizacionales y mejoramiento ontinuo con el fin de asegurar la rentabilidad social, mantener el equilibrio financiero y brindar satisfaccion a los clientes						
Responsable	Gerente			Participantes:	Todos los proc	esos	
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR		RESULTADO	
		Definir responsabilidades y autoridades.	1. Difundir y verificar el cumplimiento.	Realizar reinducción al personal			
Disposiciones de la	Establecer la plataforma estrategica.	2. Que sea difundida y entendida.					
,	nta directiva Formulación del plan de desarrollo.	3. Definir objetivos de la Calidad	Que sean medibles y coherentes con la política.	2.Replantear objetiv	os.	Directrices claras	
Necesidades institucionales	Planificación del S.G.C	Establecer directrices gerenciales	Cumplimiento de compromisos adquiridos.	3. Replantear estrategias que permitan lograr el cumplimiento de actividades		Plan de desarrollo ejecutado	
Requisitos Legales	Presupuesto Revision por la direcciòn del SGC	5. Revisión por la dirección	5. Cumplimiento de las fechas planificadas	4. Replantear las fechas y las acciones ejecutadas			
		6. Seguimiento y control al plan estratégico	6. Cumplimiento de metas establecidas	5. Replantear estrategias que permitan lograr el cumplimiento de actividades			
		7. Ejecutar presupuesto	7. Cumplimiento de acuerdo con lo planeado	6. Se ajusta y se toman acciones			
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos soportes	Indicadores	de gestión	Clientes del proceso	
Proveedores de todos las necesidades del Hospital	Ley 715/01, Ley 100/93, Ley 1122/07, Decreto 1011/06, Decreto 1698/07, Decreto 357/08, Decreto 4747/07, Resolución 473/08, Circular 047/07, Resolución 1043/06, Resolución 1446/06, Resolución 5261/94, Decreto 4741/05, Resolución 1441/13, Decreto 780/2016 Resolución 408/2018 Norma ISO 9001:2015, Requisitos:7.1.1, 7.1.2, 7.1.6, 9.3 Otros: 4.4, 5.2, 5.3, 6, 7.4, 7.5, 9.1, 1, 9,3, 10.	*Peculado *Reporte inoportuno a los entes de control *Iliquidez de la institucion *Desastres naturales y terrorismo, *Falta de provision de recursos *inoportunidad en el pago salarial al personal *Vencimiento de terminos judiciales *celebracion indebida de contratos *Emergencia sanitaria por	Plan de Desarrollo Carpeta gerencial Actas de revisiòn por la direcciòn	Cumplimiento de estrategicos y c		Junta directiva	
Elaboró			Aprobó				
Coordinador de calida	d		Gerente				

Lider del proceso - Calidad

ESE HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS

Caracterización: Proceso Talento Humano, Seguridad y salud en el trabajo



E.S.E. HOSPITAL CALIDEZ, VOCACION SI DICELLINCIA EN SALUO 890305496-9	Codigo: C-TH-SST		Versión: 07	Vigencia: abril 2024	SC-CER185565
Ohietivo		etente, motivado y comprometido, o no interactuar con el sistema de gest	,		el cumplimiento de la
Responsable	Lider del proceso TH- S		Participantes:	Todo personal de la institución.	
ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO
		1. Selección y vinculación de personal	Cumplimiento de requisitos legales y perfil del cargo a ocupar	Se rechaza o acepta bajo se incluye en el programa de formación	
Necesidad y requerimiento de personal	Plan de capacitaciones del personal.	2. Contratación de personal ó nombramiento	Cumplimiento de requisitos para la contratación o nombramiento, de acuerdo al manual de funciones.	Se rechaza y toman acciones	
Personal elegido de acuerdo a la lista de elegibles con convocatoria a traves de	Evaluaciones del personal. Medicion de clima organización.	3. Inducción y reinducción	Cumplimiento al plan de induccón	Se registra NC y se reprograma nuevamente.	Personal comprometido
concurso ante CNSC Personal de SSO de acuerdo a la convocatoria emitida por	Liquidacion de nomina (Revisión)	Evaluacion de competencias de acuerdo al nivel jerarquico	Nivel de competencia	Reinducción en el programa de formación y competencia.	con las condiciones de seguridad para desarrollar su trabajo
el ministerio de salud y la secretaria departamental de salud del valle del cauca	Gestion de seguridad y salud en el trabajo	5. Ejecución del plan de capacitaciones o mejoramiento a competencias	Cumplimiento en fechas y temas programados	Se reprograma y ajusta contenido.	
	Diagnostico preliminar del sistema de seguridad y salud en el trabajo	6. Liquidación de nómina	Novedades y correspondencia de valores	Se ajusta	
		7. Ejecución del sistema de seguridad y salud en el trabajo	Cumplimiento del programa y eficacia de las actividades.	Se toman acciones	
Proveedores	Requisitos	Riesgos Significativos	Documentos sooportes	Indicadores de gestión	Clientes del proceso
Todos los procesos CNSC Secretaria Depal de Salud Departamento administrativo de la función pública (Dafp) Colmena ARL	Ley 909 /2004, Decreto 785 de 2005, Decreto 2539, Decreto 1227, Decreto 1083 de 2015, Decreto 137, acuerdo cns 816 de 2018, (evaluacion del desempeño), Ley 9 de 1979, Resolución 2400 de 1979, Decreto 1072 de 2015, NTC-ISO 9001:2015 Requisitos: 7.2, 7.3 Otros: 4.4, 5.2, 5.3, 6, 7.4, 7.5, 9.1.1, 9.3, 10 Resolucion 1155	*Incumplimiento al perfil del cargo en el momento de la contratacion *Incumplimiento a la normatividad de la vinculacion de personal no importando el tipo de contratacion *Aumento del ausentismo laboral. * Aumento de accidentes Laborales. *Contratacion de talento humano con documentacion falsa	Manual de funciones Procedimiento de talento humano Reglamento interno e trabajo Registros: Evaluación de competencias, reg. de asistencia, solicitud de permisos, induccion y reinduccion. Entrega de EPP, Inspecciones generales	*Evaluación de Competencias *Cumplimiento al plan de capacitaciones *Oportunidad en la entrega de EPP *Adherencia a protocolos de bioseguridad.	Todos los procesos
Elaboró	2.1,1, 9,3, 10.kesolucion 1155		Aprobó		

Gerente

III IOSE		CARACTERIZACIÓN DEL PROC	ESO	J.	Código:	C-TIC-01
RUFINO	GESTION DE	LA TECNOLOGIA DE LA INFORMA	CION V COM	MUNICACIONES	Versión:	1
E.S.E. HOSPITAL	GESTION DE				Fecha Elaboración:	14/06/2024
890305496-9		MACROPROCESO DE APO			Fecha Aprobación:	17/06/2024
DBJETIVO:		strolar la plataforma tecnológica del Sistema de Informa rmática a fin de garantizar la disponibilidad, conservaci			omunicaciones, redes y conexiones, int	eligencia de negocios, apoyo
LCANCE	Desde:	La generación de requerimientos internos.				
	Hasta:	Verificacion de acciones tomadas en mantenimiento p	reventivo y correctiv	o, entrega de desarrollo de software y	verificación de cadena de custodia de l	a información.
ESPONSABLE DEL MACROPROCESO:	SUBGERENCI	A ADMINISTRATIVA RESPONSA	BLE DEL PROCESO:	LIDER DE PROCESO		
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDAD		SALIDAS	CLIENTES	RESPONSABLES
Todos los Procesos. • Ministerio de lalud Y Protección Social. • superintendencia de Salud. • Usuario. • contratistas.	Necesidades y expectativas de las partes interesadas. Normatividad Vigente. Plataforma estratégica. Políticas corporativas.	ldentificar los riesgos internos y externo proceso. Establecer los recursos financieros requeridos para la gestión del proces		Matriz de Riesgos del Proceso	Todos los procesos	Lider de Proceso TIC
Todos los procesos.	Adquisiciones de nuevos equipos de	Identificar y definir el inventario de los equipos de tecnología y telecomunicacion (Cómputos, impresoras, teléfonos, lector		Presupuesto	gestion financiera	Lider de Proceso TIC
	tecnología y telecomunicaciones	de código de barras, sensores biométrico periféricos, entre otros)		Inventario de equipos	Todos los procesos	Personal operativo TIO
Todos los procesos.	Requerimientos a través de mesa de ayuda.	Priorizar los requerimientos (desarrollo, soportes, documentación, capacitaciones, publicidad) recibidos de los diferentes procesos. * Registro de requerimientos internos * Acta de Comité. * Registro de requerimientos priorizad o * Cronograma de desarrollo y control de cambios de software.		requerimientos priorizado •	Todos los procesos	Personal operativo TIC
	Requerimientos de Entes de Control.					
Todos los procesos.	Inventario de Equipos.	Definir el Plan de Mantenimiento correctivo y p	oreventivo.	Plan de mantenimiento correctivo y preventivo	Area TIC	Lider de Proceso TIC
Todos los procesos.	Presupuesto del proceso. • Mesa de Ayuda. • Acta de Comité (desarrollo y soporte). • Mesa de Control TiC definida por prioridades. • Cronograma de desarrollo y control de cambios de software. • Matriz de riesgos del proceso. • Presupuesto del proceso.	Ejecutar la asignación para darle solución a los diferentes requerimientos.		Asignación de requerimientos internos	Todos los procesos	Lider de Proceso TIC
Todos los procesos.	Requerimientos asignados.	Ejecutar de acuerdo a las prioridades definidas, los requerimientos asignados		Estado de requerimiento interno: CERRADO. * Actas de Entrega (equipos de cómputos, periféricos). * Requerimientos de software. * Formato Entrega Proyecto. * Registro de Asistencia a Capacitación y entrenamiento	Todos los procesos	Personal operativo TI
	Inventario de Equipos.					
Todos los procesos.	Plan de mantenimiento correctivo y preventivo. • Matriz de riesgos del proceso. • Presupuesto del proceso.	Ejecutar el plan de mantenimiento defii	nido	Soporte de ejecución de mantenimiento.	Area TIC	Personal operativo TIC
Gestion Area TIC	Gestión de Servicios TIC. Registro de control de requerimientos Control de Proyectos TIC. Planes de Acción. Resultado de auditorá Internay Externa. Indicadores de Gestión del proceso. Satisfacción del diente. (Evaluaciones del Servicio)	Verificar los resultados del proceso.		Informe de gestión. Indicadores del Proceso. Seguimiento al plan de acción. Reporte de las peticiones, quejas y reclamos. Riesgos y oportunidades.	Todos los procesos	Lider de Proceso TIC y personal operaivo
DO:	CUMENTOS ASOCIADOS INTER				RECURSOS	
Requisito Ley 1753 de 2015.	os de ley	DOCUMENTOS El listado global de los documentos internos y externos	Humanos	Se encuentran definidos en los proce columna de responsables de este docu Personal técnico y/o profesional Confo	umento.	
Decreto 2433 de 2015. Resolución 162 del 2016. Resolución 1078 de 2015. Circular 121 de 2016.		(políticas, documentos, fichas técnicas,formatos, gráficos, instructivos, manuales, matrices, reglamento y otros) que conforman el Sistema de Gestión de Calidad se encuentra en el listado maestro de documentos.	Infraestructura		Mantenimiento. • Insumos de oficina. •	Computador (Hardware y